

ALEXANDER FISCHER

DEPENDÊNCIA EM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Sociologia Política pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Luzinete Simões Minella, Dra.

FLORIANÓPOLIS

2004

TERMO DE APROVAÇÃO

ALEXANDER FISCHER

**DEPENDÊNCIA EM SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS:
a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, pela seguinte banca examinadora

Profa. Luzinete Simões Minella
Orientadora

Prof. Lúcio José Botelho
Membro

Profa. Janice Tirelli de Sousa
Membro

Prof. Erni José Seibel
Suplente

AGRADECIMENTOS

Primeiramente ao meu Criador que

“... amou o mundo de tal maneira que enviou o seu Filho Unigênito, para que todo aquele que Nele crê não pereça, mas tenha a vida eterna”. (João 3:16)

*deu-me a minha princesa Jeniffer, o amor da minha vida,
pais tão maravilhosos, Iracema e Hans Georg,
amados irmãos, Bianca e Hannes,
e tantos amigos.*

Também agradeço de coração...

Ao CERENE e à Cruz Azul, por meio de todos os seus colaboradores, que não mediram esforços em fazer-me compreender um pouco mais sobre o tema pesquisado.

À minha orientadora, professora Luzinete Simões Minella, que sempre me ajudou prontamente, com simpatia e atenção singular.

Ao reitor Lúcio José Botelho, pela pessoa que é.

Ao professor e “valioso colega” George De Leon, que não somente “abriu horizontes” como também norteou minha pesquisa.

E de forma toda especial, à Universidade Federal de Santa Catarina, amo muito essa casa.

RESUMO

FISCHER, Alexander. **Dependência em substâncias psicoativas**: a contribuição das comunidades terapêuticas e as etapas de recuperação, 2004. 162 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A presente dissertação analisa a dependência em substâncias psicoativas e o processo de recuperação dos dependentes, alicerçada nas contribuições das comunidades terapêuticas. O objetivo central foi compreender e identificar as causas e os motivos que levam à dependência química e de que forma as comunidades terapêuticas, assim como os grupos de auto-ajuda, colaboram para o resgate e a recuperação dos adictos (escravos do vício). A pesquisa teve caráter exploratório-descritivo, e valeu-se de um estudo de caso, feito na Entidade CERENE. Como procedimentos metodológicos, além de vasta consulta documental e referencial, foram feitas seis entrevistas com ex-residentes do CERENE, bem como coleta de depoimentos e entrevistas com autoridades. O estudo, à luz da sociologia da saúde e de sua trajetória, percebeu nas comunidades terapêuticas um olhar que transcende o cuidado clínico, pois trata-se de resgatar o indivíduo, motivá-lo a reaprender a viver, e *a posteriori* novamente reinseri-lo à sociedade.

Palavras-chaves: dependência em substâncias psicoativas, comunidades terapêuticas, etapas de recuperação.

ABSTRACT

FISCHER, Alexander. Dependence in psychoactive substances: the contribution of therapeutic communities and the recovery stages, 2004. 162 p. Dissertation (Master's degree in Political Sociology) - Masters degree Program in Political Sociology, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis.

The present dissertation analyzes the dependence in psychoactive substances and the process of the dependent's recovery, found in the therapeutic communities' contributions. The central objective was to identify and understand the causes and reasons that bring one to chemical dependence and how, the therapeutic communities, as well as the groups of solemnity, can collaborate for the rescue and the recovery of the addicted ones (slaves of addiction). The research had an exploratory-descriptive character, and worthily earned a case study, done at CERENE. As methodological procedures, besides vast documental consultation and references, six interviews were made with former-residents of CERENE, as well as a collection of depositions and interviews with authorities. The study, lighted of the sociology of health and of it's path, noticed a glance that transcends the clinical care in the therapeutic communities. It rescues the individual, motivating him to learn again to live, and subsequently reinserts him again into the society.

Key words: dependence in psychoactive substances, therapeutic communities, recovery stages.

LISTA DE SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
ABEAD	Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas
ADEF	Associação de Defesa da Saúde do Fumante
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CERENE	Centro de Recuperação Nova Esperança
CTs	Comunidades Terapêuticas
CTRC	<i>Center for Therapeutic Community Research</i>
DSPAs	Dependente de Substâncias Psicoativas
DVS	Diretoria de Vigilância Sanitária
GAEPD	Grupo Alternativo de Estudos dos Problemas das Drogas da UFSC
GAM	Grupo de Ajuda Mútua da UFSC
GEFUS	Gerência de Orientação e Fiscalização de Unidades de Saúde
GEPAL	Grupo de Estudos dos Problemas do Álcool da UFSC
MEUC	Missão Evangélica União Cristã
MRA	Rearmamento Moral
NDRI	<i>National Development and Research Institutes, Inc.</i>
NIDA	<i>National Institute on Drug Abuse</i>
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ONG	Organização Não-Governamental
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RAND	<i>Corporation Drug Policy Research Center</i>
SNANPs	Serviço de Atendimento as Necessidades Psicossociais da UFSC
SBIBHAE	Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
TCA	<i>Therapeutic Communities of America</i>
UE	União Européia
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UNIAD	Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Fotos panorâmicas das quatro unidades CERENE – Blumenau, Palhoça, São Bento do Sul e Lapa, respectivamente _____ 42
- Figura 2 – Algum problema?! Deixe-me (SPA) “ajudar”. _____ 112

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Algumas definições de CT examinadas na conferência de planejamento da TCA, 1976 _____	20
Tabela 2 – Elementos das CTs em DSPA – várias formulações _____	23
Tabela 3 – Características da comunidade terapêutica psiquiátrica (Jones) _____	27
Tabela 4 – Objetivos da Cruz Azul _____	33
Tabela 5 – Principais desenvolvimentos das CTs modernas para dependentes químicos ____	35
Tabela 6 – Objetivos da WFTC _____	36
Tabela 7 – Níveis de escolaridade da população de 15 anos e mais [não contempla a taxa de analfabetismo] _____	67
Tabela 8 – Nove elementos estratégicos de prevenção em escolas _____	69
Tabela 9 – Sinopse dos principais resultados do I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001. _____	71
Tabela 10 – Fatores que motivam o dependente químico a buscar tratamento _____	78
Tabela 11 – Alguns motivos que justificam o caos social provocado pelo descontrole do uso de SPAs, em especial o álcool _____	87
Tabela 12 – Critérios para dependência de substâncias – DSM-IV _____	93
Tabela 13 – Uma folha de balanço decisório – ilustra o conflito de ambivalência _____	99
Tabela 14 – Sinais da prontidão para a mudança _____	105
Tabela 15 – Abstinência de Substâncias – DSM-IV _____	114

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Número de pessoas em tratamento na data da vistoria (set. 03 – jan. 04)	38
Gráfico 2 – Tempo de internação	39
Gráfico 3 – Percentual de quesitos atendidos da RCD 101/2001 (Instrumento 1)	39
Gráfico 4 – Satisfação dos usuários com relação ao tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas (Instrumento 2)	40
Gráfico 5 – Capacidade e utilização de internamentos (1995 – 2003)	46
Gráfico 6 – Procedência dos DSPAs do CERENE, 2003	58
Gráfico 7 – Ocupação dos DSPAs anteriormente a internação no CERENE	60
Gráfico 8 – Nível de escolaridade por dependência	67
Gráfico 9 – Percentual de residentes por tipo de dependência	72
Gráfico 10 – Drogas de 1º e 2º contato no início da dependência	73
Gráfico 11 – Idade do primeiro contato com as SPAs	75
Gráfico 12 – Motivos que levaram ao uso do álcool e das drogas em geral	77
Gráfico 13 – Local do primeiro contato com as SPAs	80
Gráfico 14 – Alguns dados complementares referentes ao comprometimento legal	85

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	6
LISTA DE FIGURAS	7
LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE GRÁFICOS.....	9
1 INTRODUÇÃO.....	12
2 CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA.....	19
2.1 Conceituação de Comunidade Terapêutica	19
2.2 Breve Histórico Mundial	25
2.2.1 O grupo de Oxford.....	28
2.2.2 Alcoólicos Anônimos	29
2.2.3 Synanon	31
2.2.4 Cruz Azul.....	32
2.2.5 As comunidades terapêuticas modernas	35
2.2.6 <i>World Federation of Therapeutic Communities</i> (WFTC).....	36
2.3 Panorama das comunidades terapêuticas em Santa Catarina	37
2.3.1 CERENE 15 anos	42
2.3.2 Contemplar das exigências legais	54
3 DADOS E FATOS.....	57
3.1 Procedência dos DSPAs no CERENE.....	57
3.2 Ocupação dos DSPA anteriormente a internação no CERENE	60
3.3 Nível de escolaridade por dependência.....	66
3.4 Percentual de residentes por tipo de dependência.....	70
3.5 Idade do primeiro contato com as SPAs	74
3.6 Motivos que levaram ao uso do álcool e das drogas em geral	76
3.7 Local do primeiro contato com as SPAs.....	79
3.8 Comprometimento legal.....	83

3.9 Custo social do abuso de SPAs	86
4 AS ETAPAS DE RECUPERAÇÃO E A SITUAÇÃO DOS EX-RESIDENTES DO CERENE	92
4.1 Etapas Pré-Tratamento (1 - 6)	94
4.1.1 Negação (Etapa 1)	95
4.1.2 Ambivalência (Etapa 2)	98
4.1.3 Motivação Extrínseca (Etapa 3)	101
4.1.4 Motivação Intrínseca (Etapa 4)	103
4.1.5 Prontidão para mudanças (Etapa 5)	105
4.1.6 Prontidão para o Tratamento (Etapa 6)	107
4.2 Etapas Relacionadas ao Tratamento (7-10)	109
4.2.1 Desintoxicação (Etapa 7)	109
4.2.2 Abstinência (Etapa 8)	113
4.2.3 Continuidade (Etapa 9)	115
4.2.4 Mudança de Identidade e Integridade (Etapa 10)	118
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	124
REFERÊNCIAS	128
ANEXOS	136
ANEXO A – Resolução: RDC ANVISA 101/01	137
ANEXO B – Instrumentos 1, 2A e 2B de pesquisa da GEFUS	142
ANEXO C – Comunidades terapêuticas segundo a WFTC	151
ANEXO D– Mensagem de Kofi Annan	152
ANEXO E – Tipos de tratamentos para dependentes químicos	1533
ANEXO F – Lei N° 12.948	155
ANEXO G – Brasileiro é condenado à morte	156
APÊNDICES	157
APÊNDICE A – Entrevista com George De Leon	158
APÊNDICE B – Entrevista com Ronaldo Laranjeira	16060

1 INTRODUÇÃO

La planète suivante était habitée par un buveur. Cette visite fut très courte mais elle plongea le petit prince dans une grande mélancolie :

« Que fais-tu là ? dit-il au buveur, qu'il trouva installé en silence devant une collection de bouteilles vides et une collection de bouteilles pleines.

- Je bois, répondit le buveur, d'un air lugubre.

- Pourquoi bois-tu ? lui demanda le petit prince.

- Pour oublier, répondit le buveur.

- Pour oublier quoi ? s'enquit le petit prince qui déjà le plaignait.

- Pour oublier que j'ai honte, avoua le buveur en baissant la tête.

- Honte de quoi ? s'informa le petit prince qui désirait le secourir.

- Honte de boire ! » acheva le buveur qui s'enferma définitivement dans le silence.

Et le petit prince s'en fut, perplexe.

« Les grandes personnes sont décidément très très bizarres », se disait-il en lui-même durant le voyage.

(SAINT-EXUPÉRY, 2001, p. 48-49)

Como o pequeno príncipe, de Saint-Exupéry (2001) que se afasta de forma perplexa do beberão, também muitos ficam atônitos frente ao problema da dependência em substâncias psicoativas. Cada vez mais, o tema vem ensejando acalorados debates tanto nos meios acadêmicos como na sociedade em geral.

O presente estudo parte do pressuposto básico de que a DSPAs é um fenômeno social que vem acompanhando a história da humanidade. A falta de bem-estar nas relações diárias, o desamor, a falta de diálogo e compreensão, como também a insatisfação na vida pessoal e no trabalho, estimulam as pessoas a procurarem alento nas drogas, sejam elas ilícitas ou socialmente aceitas. As conseqüências do uso abusivo e da DSPAs incluem desde danos físicos, morais e sociais, até a marginalização, decadência ou delinqüência, afetando também os familiares e amigos¹. (PAIAD, [200?].)

Essa pesquisa toma como ponto de partida a definição de Morais sobre o sócio-cultural como “possibilidade e via de acesso à compreensão de qualquer problema particular,

¹ “Os estragos feitos pelas drogas estão em toda parte e aparecem nas famílias, escolas e comunidades. Além de um problema de saúde pública, as drogas também são responsáveis por graves conseqüências sociais” (COLA, [200_?])

dada a sua abrangência que não nos permite esquecer que a fármaco-dependência e o alcoolismo são problemas multifatoriais, cuja abordagem não deve admitir simplificações reducionistas.” (in SERRAT, 2001, p. 17)

O enfoque desse estudo se situa no âmbito da Sociologia da Saúde, considerando o pano de fundo histórico das origens e da expansão da Saúde Pública, conforme as contribuições de Rosen (1994) e Foucault (2000).

Foucault (2000, p. 79-98) faz uma brilhante reconstrução do que chama “as três etapas na formação da medicina social”, a saber: medicina de Estado (*Staatsmedizin* – na Alemanha), medicina urbana (na França) e, finalmente, a medicina da força de trabalho (*social medicine* – na Inglaterra).

O autor afirma que no curso da história “A medicina dos pobres, da força de trabalho, do operário não foi o primeiro alvo da medicina social, mas o último. Em primeiro lugar o Estado, em seguida a cidade e finalmente os pobres e trabalhadores foram objetos da medicalização” (FOUCAULT, 2000, p. 93).

Num segundo momento o mesmo autor destaca que:

De maneira geral, pode-se dizer que, diferentemente da medicina urbana francesa e da medicina de Estado da Alemanha do século XVIII, aparece, no século XIX e sobretudo na Inglaterra, uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas (ibidem, p. 97)

É evidente que, paralelamente ao desenvolvimento da medicina social, já existia a “medicina privada” destinada principalmente àqueles que tinham condição financeira mais favorável. Por sua vez, considerando que as Comunidades Terapêuticas fazem parte dessa expansão da Medicina, cabe destacar que grande parte do público destas se origina nos segmentos de baixa renda.

De acordo com Rosen (1994, p.31):

Ao longo da história humana, os maiores problemas de saúde que os homens enfrentaram sempre estiveram relacionados com a natureza da vida em comunidade. Por exemplo, o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do ambiente físico (saneamento), a provisão de água e comida puras, em

volume suficiente, a assistência médica, e o alívio da incapacidade e do desamparo. A ênfase sobre cada um desses problemas variou no tempo. E de sua inter-relação se originou a Saúde Pública como a conhecemos hoje.

Levando em conta as contribuições desses autores, no sentido de favorecer a contextualização desse estudo, e cientes de que o uso de drogas se transformou num dos maiores problemas de saúde nas últimas décadas, pretende-se realizar uma leitura sociológica e política sobre as condições de vida enfrentadas pelos DPSAs, com ênfase nos residentes e ex-residentes da CT CERENE. Essa investigação se baseará nos seguintes conceitos: dependência de substâncias psicoativas, comunidades terapêuticas e etapas de recuperação.

Cabe ressaltar que o presente trabalho enfoca o mega-problema da DSPAs a partir de um olhar sociológico que confia na eficácia da terapia, isto é, ciente do problema mas confiante na sua recuperação. O secretário geral das Nações Unidas, Kofi Annan, em ocasião do “Dia internacional contra o abuso e tráfico ilícito de drogas” alertou “uma das idéias equivocadas mais perigosas acerca do abuso de drogas é considerar como se fosse uma condição permanente. Na realidade, o tratamento pode funcionar sim, pode restaurar o valor e a dignidade de viver da pessoa afetada.” [tradução própria]. (ANNAN, 2004) (ver Anexo D)

À luz do exposto surgiu forte interesse em abordar um assunto atrelado ao tema DSPAs visando colaborar no processo terapêutico em específico das Comunidades Terapêuticas, segmento que atua intensivamente no tratamento de DSPAs.

Após contato com a CT CERENE (ver item 2.3.1), fomentadora da maioria dos dados empíricos desta dissertação, e sondando os anseios da mesma, pôde-se verificar a falta de *aftercare* (cuidado pós-alta do tratamento terapêutico) junto aos residentes que deixam a CT.

Surgiu dessa problemática o objetivo geral de analisar as condições de vida dos ex-residentes do CERENE, verificando em que medida superaram ou deixaram de superar a dependências de substâncias psicoativas, e de que forma se reintegraram às suas comunidades de origem. E tendo por objetivos específicos:

- a) Elaborar um histórico do CERENE, assinalando os principais momentos de sua trajetória e dimensionando o seu alcance e suas perspectivas;
- b) Agrupar, por meio de um cadastro, todos os ex-residentes que foram tratados no CERENE, desde 1989 até o presente momento;
- c) Implantar um programa de acompanhamento dirigido aos ex-residentes do Centro de Recuperação Nova Esperança;
- d) Propor mecanismos para re(estabelecer) contatos com os ex-residentes que foram tratados no CERENE, no intuito de contar futuramente com um processo de acompanhamento para cada um deles;
- e) Entrevistar alguns ex-residentes, por meio de uma amostra não-aleatória, por julgamento;
- f) Fornecer subsídios, mesmo após a implantação da proposta, para manter um canal de sugestões visando modernizar/agilizar continuamente o acompanhamento dos ex-residentes.

No entanto, pautado em Mattar (1999) que julga fundamental toda pesquisa ser importante, oportuna e viável, verificou-se que apesar de confirmar tratar-se de uma abordagem oportuna e importante, o quesito viabilidade ainda não estava devidamente amadurecido, tanto no aspecto financeiro como gerencial (humano).

As dificuldades encontradas para viabilizar esse estudo começaram a ser contornadas quando surgiu subitamente o convite do professor Lúcio Botelho, então vice-reitor da UFSC, para que eu participasse do XV Congresso da ABEAD – Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Outras Drogas, realizado entre os dias 3 a 7 de setembro de 2003.

Paralelamente a esse oportuno convite, dois outros episódios foram decisivos na redefinição do objetivo central dessa dissertação: primeiramente a ABEAD promoveu em caráter inédito um curso exclusivo para tratar de comunidades terapêuticas durante o XV

Congresso e convidou como palestrante o Dr. George De Leon², aclamado mundialmente como a principal autoridade na pesquisa sobre CTs; em segundo lugar, dado o meu interesse e familiaridade com o tema, e a minha fluência no inglês, fui convidado para coordenar a programação do curso, tendo em vista a desistência repentina do seu coordenador por razões pessoais³.

Naquele curso foi se desenvolvendo a necessidade da compreensão do que significa efetivamente comunidade terapêutica, sua “teoria, modelo e método”; além disso, me chamou a atenção o incentivo do professor George De Leon no sentido de reforçar a necessidade da compreensão e assimilação das dez etapas de recuperação (ver capítulo 4) que proporcionaram um forte aporte teórico para futuros avanços na questão do *aftercare*.

Revitalizada e norteada a pesquisa passou a objetivar uma melhor compreensão de CT; confrontar um conjunto de dados sociais, econômicos, políticos e culturais comuns as CTs e analisar de forma concomitante estes dados à luz de alguns marcos teóricos; assim como refletir sobre as dez etapas de recuperação sugeridas pelo Dr. George De Leon.

Redefinidos os objetivos julgou-se adequada uma abordagem metodológica de caráter exploratória-descritiva visto que houve uma primeira etapa de levantamento exploratório para caracterização geral do Centro de Recuperação Nova Esperança, bem como para o levantamento dos dados necessários para a elaboração dos demais capítulos desta dissertação. A etapa descritiva utilizou o procedimento metodológico correspondente a um “estudo de caso”, conforme definido por Triviños (1987, p. 133) “unidade que se analise aprofundadamente”.

² George De Leon, Ph.D. é um dos mais renomados especialistas internacionalmente reconhecidos no tratamento do abuso de substâncias, aclamado como a principal autoridade na pesquisa sobre comunidades terapêuticas, autor do livro “A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método” – norte para todos os estudiosos nesta área.

³ Foram seguramente os três dias mais intensivos dessa pesquisa, além das duas horas diárias de curso, pude traduzir todas as perguntas dirigidas ao Prof. De Leon, tanto antes quanto após as palestras. Além disso, pude por duas vezes, caminhar com George De Leon pelo centro de São Paulo (a pedido dele). Após o término do Congresso, recebi seu livro autografado com os dizeres “*To Alexander Fischer a valuable colleague. Best wishes, [assinado] George De Leon*”.

O estudo de caso foi desenvolvido nas Unidades CERENE, em especial na CT CERENE Blumenau. É salutar destacar que a Entidade tem se preocupado com um rigoroso sistema de banco de dados, o que ajudou em muito na obtenção dos dados desta pesquisa. Além dos dados secundários obtidos junto à pesquisa documental, utilizou-se o método de entrevistas semi-estruturadas com colaboradores e membros da diretoria do CERENE, as quais enriquecem o estudo em questão.

Convém mencionar que o trabalho também conta com uma vasta pesquisa e revisão bibliográfica, através da consulta a periódicos, jornais, anais de congressos, boletins, revistas, livros, monografias, dissertações, teses, internet, documentários, que subsidiaram e enriqueceram significativamente esse estudo.

A presente dissertação é composta por cinco elementos textuais (capítulos), sendo o primeiro a introdução e o último as considerações finais.

No segundo capítulo “Conceituação e histórico da comunidade terapêutica” procurou-se, num primeiro momento, apresentar e discutir os sentidos do conceito de Comunidade Terapêutica (CT). Em seguida são sintetizadas tanto a origem quanto a expansão das CTs no mundo e, mais especificamente no Estado de Santa Catarina. Finalmente apresenta-se a Comunidade Terapêutica CERENE objeto central de estudo. O segundo capítulo conta com as preciosas contribuições de Klement (1990), Gikovate (1992), Fracasso (2001), Miranda Filho (2002), Araújo (2003), De Leon (2003).

O terceiro capítulo “Dados e fatos” apresenta um conjunto de dados e fatos sociais, econômicos, políticos e culturais e analisa-os de forma concomitante à luz de alguns marcos teóricos. Os dados apresentados nos gráficos desse capítulo são de pesquisas realizadas pelo CERENE, dessa forma espelham a realidade conjuntural vivenciada pelos DSPAs que residem ou residiram numa das Unidades CERENE. Julga-se que os dados também refletem, de alguma maneira, os percentuais vividos em outras Comunidades Terapêuticas. Reforçam

esse capítulo, dentre outros, Laranjeira (1995), Galduróz et al (1997), Pinsky e Laranjeira (1998), De Masi (1999), Souza (2000), De Leon (2003), Hildebrandt (2003, 2004), Baumer (2004).

No quarto capítulo “As etapas de recuperação e a situação dos ex-residentes do CERENE” são estudadas as dez etapas que descrevem o processo de recuperação do DSPAs, de acordo com o psiquiatra e professor Dr. George De Leon. Concomitantemente ao modelo proposto por De Leon (apud CT10, 2003) outros autores como Marlatt e Gordon (1993), Klein (1998), Miller e Rollnick (2001), Lourenço (2001), reforçam as etapas sugeridas.

Especificamente no que tange o capítulo das “dez etapas de recuperação”, foram entrevistados seis ex-residentes que passaram pelo menos uma vez por alguma Unidade CERENE e que agora, seguramente, se encontram na décima etapa de recuperação do modelo sugerido por George De Leon.

Nas considerações finais, sob a égide deste estudo, procurei fazer a síntese de alguns aspectos considerados centrais, e simultaneamente apontar novos desafios e temas correlatos que carecem de um aprofundamento científico.

Por fim, apresento as referências que subsidiam esse estudo, assim como os anexos e apêndices que complementam o mesmo.

2 CONCEITUAÇÃO E HISTÓRICO DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA

O presente capítulo visa num primeiro momento apresentar e discutir os sentidos do conceito de Comunidade Terapêutica (CT). Em seguida são sintetizados tanto a origem quanto a expansão das CTs no mundo e, mais especificamente no Estado de Santa Catarina. Finalmente apresenta-se a Comunidade Terapêutica CERENE objeto central de estudo.

2.1 Conceituação de Comunidade Terapêutica

Julga-se fundamental apresentar diversas definições acerca das Comunidades Terapêuticas, mesmo porque essas definições poderão servir para nortear futuras experiências teóricas e práticas. Há de se salientar que em virtude de condicionantes geográficos, políticos, culturais e/ou religiosos alguns estudiosos tendem a priorizar certas características, todavia perceber-se-á em cada definição alguns elementos vitais e essenciais na definição da Comunidade Terapêutica Contemporânea.

Conforme Fracasso (apud HILDEBRANDT, 2004, p. 42):

[...] (...) o objetivo da Comunidade Terapêutica é o crescimento das pessoas através de um processo individual e social; e o papel da equipe é ajudar o indivíduo a desenvolver o seu potencial. O programa terapêutico-educativo a ser desenvolvido no período de tratamento tem como objetivo ajudar o dependente⁴ químico a se **tornar uma pessoa livre através da mudança de seu estilo de vida.** [grifo nosso].

De acordo com a Associação Nacional de Comunidades Terapêuticas dos Estados Unidos as CTs são definidas como

⁴ Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar drogas de forma contínua (sempre) ou periodicamente (freqüentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva. (...) a dependência, (...) se apresenta: a física e a psicológica.” (SILVEIRA e SILVEIRA, 2003, p. 14)

um tratamento comunitário altamente estruturado que emprega sanções e penalidades, privilégios e prestígios determinados pela comunidade como parte de um processo de recuperação. As comunidades terapêuticas fomentam o crescimento pessoal por meio da mudança de comportamentos e atitudes individuais. Essa mudança está ambientada em uma comunidade de residentes e profissionais trabalhando juntos para ajudar a si mesmos e aos outros, tendo como foco a integração individual dentro da comunidade. (ARAÚJO, 2003)

Citando Tims, Jainchill e De Leon, o pesquisador Araújo (2003) ainda destaca:

A abordagem comunitária como instrumento primário e facilitador do crescimento e da mudança individual é o ponto de distinção entre as comunidades terapêuticas e outras formas de ambiente de tratamento. Há quatro dimensões comportamentais visadas para que o indivíduo opere a ressocialização terapeuticamente objetivada: [1] o *desenvolvimento individual*, marcado pela aquisição de atitudes mais maduras, melhor habilidade para lidar com a emoção e construção da identidade; [2] a *mudança de aspectos subjetivos do comportamento*, relacionada às experiências e percepções do indivíduo quanto as circunstâncias externas que fomentam o consumo de drogas, as motivações internas para a mudança, a prontidão para o tratamento, a identificação com o método terapêutico e a percepção crítica da mudança obtida ao longo do processo; [3] a *incorporação de princípios comportamentais e sociais*, tais como a auto-eficácia, o entendimento do papel social e da necessidade de se colocar no lugar do outro; e [4] a *integração social*, possível apenas se pautada pela cooperação, conformidade e comprometimento.

Historicamente, em 1977 os estudiosos De Leon e Beschner se fizeram valer de algumas definições lançadas na “Conferência de Planejamento da *Therapeutic Communities of America*” e agruparam as mesmas em eixos temáticos, dando dessa forma uma visão global das inserções conceituais de CT sob diferentes aspectos, conforme pode ser visto na tabela 1:

Tabela 1 – Algumas definições de CT examinadas na conferência de planejamento da TCA, 1976

Definições essenciais da CT

Identificação da natureza e dos princípios mais genéricos da CT:

A CT é um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento e os comportamentos inadaptados que causam sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que têm grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio.

Definições funcionais ou metodológicas

Identificação do modo como as CTs funcionam caracteristicamente com vistas a atingir suas metas:

A CT proporciona limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoal.

Definições em termos de propósitos

Definição da CT por meio de suas metas para membros individuais e para o grupo como um todo:

A CT tem por meta desenvolver um novo eu social e uma nova autodefinição; visa ao auto-aperfeiçoamento e à reinserção a partir de uma subcultura, na sociedade mais ampla; tem como alvo a reconstrução de um estilo de vida.

[tabela continua]

[continuação da tabela 1]

Definições normativas

Foco nas normas e valores intrínsecos à CT:

Confiança, cuidado, responsabilidade, honestidade, auto-revelação ótima, atenção amorosa.

Definições históricas

Foco nas formas e processos derivados, evolutivos, que resultaram nas CTs contemporâneas:

Logo, as CTs têm sido caracterizadas como advindas de antigas modalidades de movimentos apostólicos, do movimento de temperança moral e da AA.

Definições estruturais

Foco nas características organizacionais estáticas e dinâmicas das comunidades:

Estrutura igualitária ou hierárquica, residencial ou não-residencial, com ou sem diferenciação de *status*, tamanho, tipos de membros, sistema aberto ou fechado, mobilidade vertical.

Fonte: De Leon e Beschner (apud DE LEON, 2003, p. 31)

De forma contundente o pesquisador George De Leon reúne na tabela 1 o enquadramento teórico “unificador” das várias formulações teóricas acerca das CTs, visando dessa forma elucidar e capacitar eficazmente na orientação da prática clínica, da pesquisa e do desenvolvimento de programas nesse âmbito.

São muitos os autores que merecem menção cujos escritos são teoricamente orientados à definição e conceituação de CTs, a saber: Araújo (2003), Bratter, Bratter e Radda (1986); Brook e Whitehead (1980); Casriel (1966); De Leon e Ziegenfuss (1986); Deissler (1970); Deitch (1973); Deitch e Solit (1993a); Densen-Gerber (1973); Fracasso (2001), Frankel (1989); Furuholmen e Andersen (1998); Goti (1990); Hildebrandt (2004), Holland (1986a); Kennard (1983); Kooyman (1993); Ottenberg (1984); Ramirez (1984); Sugarman (1974, 1986); Volkman e Cressey (1963); Yablonsky (1986); e Zarccone (1975). (DE LEON, 2003)

Na tabela 2 De Leon optou por apresentar as formulações de 4 (quatro) estudiosos, enfatizando uma multiforme perspectiva acadêmica; isto é, entende-se que as diferenças manifestadas nas formulações teóricas dos autores são reflexo da filiação e perspectiva acadêmica dos mesmos. Holland (1986a), psicólogo-pesquisador, acentua elementos mensuráveis do processo de tratamento na CT. Kooyman (1993), psiquiatra, assenta a CT na teoria psicodinâmica contemporânea. Ramirez (1984), psiquiatra de orientação existencialista, oferece uma formulação da CT do quadro de desenvolvimento de Erikson. Já Sugarman

(1986), que é sociólogo, tenta relatar de que modo os processos de mudança individual são promovidos pela estrutura social.

Segundo De Leon, (2003, p. 34)

Transversalmente a essas formulações, há um claro consenso acerca dos elementos essenciais da CT contemporânea de tratamento da dependência química. As semelhanças são mais evidentes no que se refere aos componentes do modelo de programas e da filosofia de tratamento. Mas tanto nessas formulações como nos escritos teóricos em geral, há pouco acordo quanto à classificação de princípios da CT, de componentes de programas de CT ou de pressupostos relativos ao processo de tratamento, o mesmo ocorrendo com distinções de termos como conceitos, instrumentos e técnicas.

Cabe ainda ressaltar que por não se tratarem de formulações objetivas e sim serem essencialmente perspectivas subjetivas, a tabela 2 não apresenta, por si só, todos os elementos essenciais da CT. Relembrando que o conceito de CT é um constante processo em construção, haja vista que sempre lidará com o ser humano, que por essência é subjetivo. Além das inúmeras interfaces com os avanços nas ciências sociais e médicas, que apontam horizontes e norteiam as estudos nas CTs.

Poder-se-ia acrescentar alguns elementos, em especial os cursos de capacitação e os encontros de família, assim como destacar alguns elementos (hierarquizá-los), todavia, em primeiro lugar, esse enquadramento teórico justamente “[...] define a CT como uma *abordagem de auto-ajuda peculiar* – ainda que autenticamente *social e psicológica* – de tratamento da dependência química e de problemas relacionados”. Sendo que, “o termo ‘terapêutico’ denota as metas sociais e psicológicas da CT, a saber, **alterar o estilo de vida e a identidade do indivíduo.** (grifo nosso)”. Já “o termo ‘comunidade’ denota o método – ou abordagem – primário empregado para alcançar a meta da mudança individual”.⁵ (DE LEON, 2003, p. 36)

⁵ “Ao longo do século que se encerra, pode-se afirmar, relevado certo grau de reducionismo, que os diversos saberes da Medicina se organizaram em torno de dois pólos de condensação: a clínica e a medicina social. A clínica moderna, advinda do século XIX – a anatomoclínica, cujo nascimento foi registrado por Michel Foucault (1980) –, se caracterizou por um aprofundamento do olhar clínico clássico, preocupado com os fenômenos de superfície da estrutura corporal. Assim, a partir de Morgagni (1682-1771) e, a seguir, com Bichat (1771-1802), a clínica passou a se ocupar, cada vez mais, da integridade e do funcionamento dos órgãos e dos tecidos. Tal

Num segundo momento esse enquadramento aponta uma vasta gama de elementos essenciais para o funcionamento de uma CT, a saber: um conjunto de conceitos, crenças, pressupostos, práticas laborterapêuticas, educacionais e clínicas.

Tabela 2 – Elementos das CTs em DSPA – várias formulações

Holland	Kooyman	Ramirez	Sugarman
Atividades de tratamento: - aconselhamento individual/grupal/familiar	Família substituta Filosofia consistente Estrutura terapêutica	Compromisso com a participação Instalações seguras	Limites ao comportamento Pressão positiva dos companheiros
Atividades funcionais: - atribuição de tarefas - reunião departamental	Equilíbrio entre democracia, terapia e autonomia	Funcionários treinados (ex-dependentes, supervisão profissional)	Ajuda mútua Confrontação
Atividades produtivas: - emprego externo - programas educacionais	Aprendizagem social por meio da interação social Aprendizagem através da crise	Comissão Consultiva (membros responsáveis da família de residentes)	Estrutura voltada para facilitar a expressão Modelagem de comportamento
Atividades de reinserção: - vocacionais/ de reabilitação - capacidades de procura de emprego - capacidades financeiras - aconselhamento de ocupação profissional	Impacto terapêutico de todas as atividades na comunidade Responsabilidade dos residentes pelo próprio comportamento Internalização de um sistema de valores positivo	Base de Dados de Recursos Humanos (outros voluntários) Comissão de Participantes (ajuda de ex-dependentes) Fé Terapia de grupo Laborterapia	Atividades e realizações construtivas Vida no âmbito de um grupo auto-suficiente Sistema aberto de comunicação Isolamento com respeito ao mundo exterior
Atividades interpessoais: - recreação capacidades sociais	Confrontação	Terapia educacional Urbanismo	Pressão para conseguir e manter clientes Aconselhamento
Estrutura hierárquica de trabalho	Pressão positiva dos companheiros	Confrontação existencial e grupos de maratona	Educação e formação para capacidades formais
Recompensas e sanções	Aprender a entender e expressar emoções	Terapia familiar e gerencial	Contato supervisionado com a comunidade mais ampla
Modelos de comportamento	Transformar atitudes negativas diante da vida em atitudes positivas	Terapia espiritual	Recreação organizada Pregação e confissão pública
Tarefas prescritivas: - hábitos de higiene, moderação verbal etc. - confrontações - narrativas pessoais	Melhoria do relacionamento com a família de origem		Participação em rituais Conceito de um poder superior
Interação: Frequência, intensidade e contexto.			

Fonte: Holland, 1986^a; Kooyman, 1993; Ramirez, 1984 e Sugarman, 1986 (apud De Leon, 2003, p. 34-35)

Central em todos os elementos é que o somatório dos mesmos visa essencialmente facilitar mudanças individuais de estilo de vida e identidade. De Leon (2003, p. 36) afirma: “A maneira como essas mudanças acontecem reflete a interação específica do indivíduo com a comunidade e a internalização dos ensinamentos que esta oferece”.

movimento, entre outras conseqüências, afastou do foco da prática médica a imagem do paciente, do indivíduo singular, com sua biografia, sua subjetividade e sua circunstância social.” (PORTO e MOREIRA, 2000)

O adaptar-se aos elementos supracitados e interagir com os mesmos é desafiador, em proporções particulares, para o indivíduo em tratamento. Alguns lidam facilmente com os elementos *confrontação* e *terapia espiritual*, mas apontam dificuldades no que tange ao *isolamento com respeito ao mundo exterior* e *laborterapia*, por exemplo. Outros podem ter a dificuldade invertida, onde os elementos *confrontação* e *terapia espiritual*, são justamente enormes desafios a serem trabalhados. CT é um espaço elementar para trabalhar esses desafios.

Por sua vez, A *World Federation of Therapeutic Communities* (WFTC), caracteriza a CT como sendo um programa fundamentalmente de auto-ajuda cujas metas primárias são o controle de comportamentos de abuso de substâncias psicoativas e a ênfase no crescimento pessoal do indivíduo internado. Segundo a WFTC o modelo de CT incorpora nove elementos essenciais. Estes elementos estão baseados na teoria de aprendizagem social que utiliza a comunidade para promover mudanças de comportamento e atitudes. Os elementos são: participação ativa, *feedback* dos membros, “papel modulante”, formatos coletivos visando gerar mudança individual, normas compartilhadas e valores, estrutura e sistemas, comunicação aberta, individual e grupal e a mesma terminologia. (ver Anexo C)

Percebe-se também na definição da WFTC a importância central de tratar o indivíduo através do uso da “comunidade de companheiros”, onde um residente ajuda a “moldar” o outro. Talvez seja este o grande diferencial das CTs, lugar onde o social é fundamental. Indivíduos que outrora apresentavam, além do abuso químico, complexos problemas sociais e psicológicos, passam agora a conhecer e reconhecer no outro seus próprios problemas, e conjuntamente, trabalham novos comportamentos e valores.

A WFTC destaca ainda que a CT se ocupa do processo de recuperação do indivíduo por inteiro, desafiando-o a ter uma vida completa e positiva, com relações saudáveis e a buscar a satisfação no trabalho.

No Brasil, fruto da regulamentação das Comunidades Terapêuticas, publicada em 31 de maio de 2001, surge anexada a RDC 101/2001 a “Regulamentação Técnica para o Funcionamento de Comunidades Terapêuticas” que no seu segundo tópico, assim as conceitua:

Serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial, são unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (EXIGÊNCIAS, 2002, p. 76)

Partindo dessa conceituação, ampla e subjetiva, a própria Regulamentação exige, em caráter legal, uma série de procedimentos que devem ser contemplados pelas CTs, os quais serão abordadas no item 2.3 dessa dissertação, (detalhes da Regulamentação ver anexo A).

2.2 Breve Histórico Mundial

São muitas as fontes que colaboraram para o que entendemos atualmente por Comunidades Terapêuticas Contemporâneas, até mesmo porque o problema da dependência é mais comum do que parece. Conforme Maierovitch (2004) “[...] o uso lúdico de drogas faz parte da história da humanidade. Até o historiador Heródoto, contou isso no século V aC”.

Fruto desse uso abusivo de drogas, que há séculos vem dilacerando indivíduos e conseqüentemente seus pares, percebe-se a preocupação, ora mais intensa, ora menos intensa, de inúmeros campos de concentração no intuito de encontrar alternativas para o problema da dependência química.

Miranda Filho (*in* PALHANO, 2002, p. 375) reforça que,

O álcool é uma droga tão antiga e poderosa que tem até deus Mitológico: Dionísio, para os gregos, e Baco, para os romanos. É a droga mais devastadora da humanidade e seus registros remontam à própria criação do homem, estando inseridas em cerimônias religiosas ou em libações prazerosas, justificando o seu consumo e até mesmo abuso.

Segundo Gikovate⁶ (1992, p. 7)

O homem usa drogas há milhares de anos [...] E foi esse mesmo Noé quem, certo dia, tomou um “porre” e saiu nu de sua tenda – sendo por isso, censurado por seus filhos. O haxixe é fumado na Ásia há muitos séculos. Os índios de alguns países da América do Sul sempre mascaram – e mascam – folhas de coca para atenuar suas dores.

Alguns elementos que caracterizam atualmente as CTs foram inicialmente descritos em CTs psiquiátricas que surgiram na Grã-Bretanha por volta dos anos 40. Estas comunidades, no campo da psiquiatria social, consistem em unidades e instalações destinadas ao tratamento psicológico e à guarda de pacientes psiquiátricos socialmente desviantes dentro (e fora) de ambientes hospitalares convencionais de tratamento de transtornos mentais. As CTs psiquiátricas tiveram como pioneiro Maxwell Jones⁷ (1953) e outros no Reino Unido. Destacam-se nessa abordagem o envolvimento múltiplo de pessoas, o uso de métodos grupais, a terapia do ambiente e a psiquiatria administrativa (KENNARD; MAIN e RAPAPORT *apud* DE LEON, 2003). Sendo que, o termo *comunidade terapêutica* se desenvolveu nessas unidades hospitalares para descrever um lugar “organizado como comunidade no qual se espera que todos contribuam para as metas comuns da criação de uma organização social dotada de propriedades de cura” (RAPAPORT *apud* DE LEON, 2003, p. 14)

⁶ “Flávio Gikovate nasceu em São Paulo em 1943. É médico formado pela USP em 1966. Foi assistente clínico no *Institute of Psychiatry na London University*, Inglaterra. Desde o início de sua carreira, dedica-se essencialmente ao trabalho de psicoterapeuta, já tendo atendido a mais de 7.000 pacientes. É pioneiro na publicação de trabalhos sobre a sexualidade humana e o tema do amor em nosso meio. Além de ser autor consagrado no Brasil, suas obras são editadas também na Argentina. É conferencista muito solicitado tanto para atividades acadêmicas como para as que se destinam ao público em geral. Participou de inúmeros programas de televisão. Escreveu para importantes jornais e revistas do país”.
[<http://www.moderna.com.br/moderna/autores/biografia?id=337>]

⁷ “Psiquiatra do exército inglês, Jones começou a desenvolver esse modelo para soldados com traumas decorrentes da II Guerra Mundial. Com esse propósito, organizou um serviço de internação baseado em abordagens educativas, encenações dramáticas e discussões, dentro de um ambiente pautado pelas normas de convivência em grupo. Posteriormente, ampliou seu modelo para outras patologias crônicas. Jones considerava que seus pacientes “representavam o ‘fracasso’ na sociedade; eles advinham primordialmente de famílias desestruturadas e eram desempregados; inevitavelmente, desenvolveram atitudes anti-sociais na tentativa de se defenderem contra aquilo que lhes parecia ser um ambiente hostil”². Para estes, a construção de padrões de relacionamento nunca adquiridos durante a vida só seria estimulada dentro de um ambiente grupal seguro e terapêutico”. (ARAÚJO, 2003)

A tabela 3 procura elencar algumas características que marcaram as Comunidades Terapêuticas Inglesas e que certamente influenciaram na construção das CTs cujo foco é o tratamento de dependentes de substâncias psicoativas.

Tabela 3 – Características da comunidade terapêutica psiquiátrica (Jones)

- Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico.
 - A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.
 - Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição.
 - Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
 - A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos.
 - Atribui-se um alto valor à comunicação.
 - O grupo se orienta pra o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.
 - Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.
 - A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.
-

Fonte: Adaptado de Kennard, *apud* De Leon (2003, p. 15)

Sem dúvida Jones traz uma série de elementos que mais tarde seriam incorporados na recuperação de indivíduos dependentes em substâncias psicoativas. Destaca-se a forte natureza terapêutica de sua abordagem.

Existem algumas opções genealógicas que apontam como foi se concretizando o atual programa moderno de CT. Percebe-se, tanto nos escritos de Fracasso (*in* SERRAT, 2001) como de De Leon (2003) uma linhagem conceitual e organizacional que aponta como ponto inicial o grupo de Oxford, por volta de 1921 (também conhecido como Buchmanites, First Century Christian Fellowship [Fraternidade Cristã do Século I], ou Moral Rearmament [MRA – Rearmamento Moral], a designação final) e passando pelos Alcoólicos Anônimos (AA) (1935), pela pioneira CT Synanon (1958) e pela CT Daytop Village (1963).

No período subsequente, de 1964-1971 os programas de CT se disseminaram com rapidez, partindo direta ou indiretamente da Synanon e da Daytop Village, criando dentre outras as famosas CTs Gateway House, Gaudenzia, Marathon House, Odyssey House, Phoenix House, Samaritan House e Walden House espalhadas por todo território americano.

Apesar da contribuição de todos os órgãos supracitados, destacam-se como notáveis precursores para as modernas CTs três, a saber: o grupo de Oxford, a associação dos Alcoólicos Anônimos e a Synanon.

Em outros termos, poder-se-ia afirmar que, em sua forma contemporânea, a CT de tratamento da dependência química desenvolveu-se a partir da Synanon, embora seja possível identificar alguns elementos essenciais na AA e no movimento Oxford, que é anterior.

2.2.1 O grupo de Oxford

O grupo de Oxford (*Oxford Group*) foi um movimento internacional cujo objetivo principal era o renascimento espiritual da humanidade, fundado pelo ministro evangélico luterano Frank N. D. Buchman na segunda década do século XX. A base da pregação do grupo se concentrava em “quatro absolutos”: honestidade, pureza, altruísmo e amor.

Embora não constituíssem o foco central, os transtornos mentais e o alcoolismo, na qualidade de sinais de corrupção espiritual, eram contemplados pelas preocupações do grupo.

Mais tarde Frank Buchmann conjuntamente com o clérigo episcopal Samuel Shoemaker da Calvary Episcopal Church, foram influenciados pelos *quakers* e pelos anabatistas, que também foram precursores dos menonitas e dos *amish*⁸. Segundo Ray (1999) e Wilson (1957) citados por De Leon (2003, p. 18), “Parte das idéias e práticas comumente sustentadas incluía a ética do trabalho, o cuidado mútuo, a orientação partilhada e os valores evangélicos [...], o auto-exame, o reconhecimento dos defeitos de caráter, a reparação pro danos causados e o trabalho conjunto.”

⁸ Em 1998 tive a oportunidade de conhecer pessoalmente uma comunidade *amish*, na Pensilvânia/EUA, apesar do pouco tempo de convívio e talvez pela falta de discernimento, não compreendi o isolamento categórico dessas comunidades, mas inevitavelmente é fascinante observar a fraternidade e sólida reputação desse povo. Já em 2000 visitei uma comunidade semi-isolada dos menonitas tradicionais na região *Del Chaco*, ao Norte do Paraguai, onde os mesmos valores da cultura *amish* são vivenciados, todavia o repúdio as novas tecnologias não se aplica às leis do menonitas.

Mais tarde, em 1938, já como MRA, o movimento veio a ter maior envolvimento nas questões políticas e sociais, em especial durante o tempo da Guerra Fria.

2.2.2 Alcoólicos Anônimos

A associação Alcoólicos Anônimos foi fundada em 1935 na cidade de Akron/OH, pelo cirurgião Dr. Robert Holbrook Smith (Dr. Bob) e o corretor William Griffith Wilson (Bill W.), ambos eram alcoólicos em recuperação.

O Dr. Bob foi membro do grupo de Oxford, mas isso não lhe garantia ajuda suficiente para alcançar a sobriedade, somente após conhecer Bill e poder trocar experiências mutuas, surge a essência da auto-ajuda e começa um trabalho impar na história da humanidade, que atualmente atua na maioria dos países do globo ajudando pessoas que desejam resgatar a sobriedade. (WILSON, 1957; FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003)

Emanaram, dos princípios então adotados pelos grupos, temperados pelas experiências práticas que eram de um denominador comum da recuperação do alcoolismo entre os membros de A.A. daquela época, os Doze Passos que foram publicados primeiramente em “Alcoólicos Anônimos” (1939) e receberam tratamento mais detalhado em “Os Doze Passos e as Doze Tradições” (1953), ambos escritos por Bill W.

Os Doze Passos das AAs são⁹:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

⁹ Fonte de pesquisa utilizada para os 12 passos – <http://www.alcoolicosanonimos.org.br>

8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Esses passos enfatizam a perda de controle da pessoa com relação à SPA e evidencia a sua entrega a um Poder Superior, assim como o auto-exame, a busca por reparar os males causados a outrem, a prece na luta pessoal e a busca por ajudar outras pessoas a se empenharem num processo semelhante.

Araújo (2003), pautado nos escritos de Edwards e Marshall (1999), enfatiza que:

A essência dos Alcoólicos Anônimos é o modelo espiritual: o alcoolismo é entendido como uma condição na qual o indivíduo torna-se incapaz de superar-se por si só. A esperança de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior e a partir daí, segui-la rumo à recuperação

Cabe destacar que os princípios da AA diretamente vinculados ao grupo de Oxford são a noção de confessar-se mutuamente, de reparar males feitos e a convicção que a mudança individual envolve a conversão à crença do grupo. Todavia existe uma grande diferença entre o grupo de Oxford e a AA, enquanto que os membros do grupo de Oxford se relacionam especificamente com o Deus cristão, o membro individual da AA pode envolver-se privadamente com seu próprio conceito de Poder Superior, apesar de que ambos os grupos reconhecerem no transcendental a fonte espiritual última para promover mudança pessoal.¹⁰

¹⁰ A obra “A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos” de Mota (2004) resgata e divulga a teoria de Marcel Mauss e sua importância para as Ciências Sociais na atualidade. Em entrevista Leonardo de Araújo Mota contextualiza a entidade AA e diferencia a abstinência da sobriedade, ao afirma: “O programa não objetiva a mera abstinência alcoólica. Existe uma ênfase no aspecto espiritual. Para A.A., o alcoolismo não é um problema estritamente biológico, passível de ser resolvido apenas com a retirada da bebida, mas enfatiza que o alcoolismo engloba fatores psicológicos, sociais e espirituais que devem ser considerados. O programa é formado pelo seguinte tripé: medicina, religião e experiências dos membros. A abstinência difere da sobriedade no sentido de que a segunda presume um estado mais elevado de espiritualidade e bem-estar. Para A.A., parar de beber é apenas o primeiro passo em busca da felicidade perdida, justamente aquela que o álcool

2.2.3 Synanon

A orientação não-sectária da AA se acentua mais ainda na Synanon, cuja fonte da mudança individual se apóia menos no conceito de um poder superior (externo) e sim no *eu* e no *processo grupal*.

A mais notável mudança foi a passagem do ambiente não-residencial das reuniões e dos grupo regulares da AA à comunidade residencial intensiva de 24 horas por dia, 7 dias por semana, das CTs, incluindo-se aí todas as atividades da vida cotidiana, dos relacionamentos e da recreação, do trabalho, dos grupos terapêuticos assim como das reuniões comunitárias.-

Synanon, a primeira CT, foi fundado na Califórnia por Charles (Chuck) Dederich em 1958. Dederich, um alcoólico em recuperação, observou que muitos alcoólatras e viciados podiam manter períodos longos de sobriedade pelo apoio e atmosfera grupal proporcionada em ambiente residenciais (comunitários). Crescendo fora do movimento das AAs, o grupo de auto-ajuda de Dederich para viciados em SPAs apresentou dois princípios novos: Primeiro, a dependência química era tão severa que requeria mais do que reuniões semanais; e sim, viciados têm que viver junto por meses em um clima encorajador, se não anos, para superar as suas dependências. Segundo, um tipo intensivo de grupo terapêutico (conhecido por “grupo de encontro” ou “o jogo”) que nunca tinha sido experimentado antes, foi desenvolvido para “assaltar” o mentalidade do DSPAs e dessa forma reconstruir nele uma personalidade saudável. (FRACASSO, 2001; DE LEON, 2003)

Uma característica distintiva da Synanon era justamente sua orientação terapêutica de confrontação, o que de certa forma é um modelo precursor que prevalece nas CTs contemporâneo. No modelo Synanon prevalecia à convicção de que somente ex-dependentes, agora na condição de terapeutas, podiam penetrar a manipulação, negação, e mentira comuns

prometeu e não cumpriu. **A abstinência é geralmente árida e confusa, já a sobriedade é tranqüila e feliz.**” [gripo próprio].

ao dependente. Synanon chamou a atenção americana por seu expressivo sucesso no tratamento, de tal forma que acabou se tornando o modelo para inúmeras outras CTs, como Day Top Village, Phoenix House, Odyssey House, Delancey Street e Gateway House que estavam sendo desenvolvidas por todo território dos Estados Unidos (Carroll, 1993; Goldberg, 1994). (DE LEON, 2003)

Nos anos 70, mais de 2000 programas de tratamento puderam ser correlacionados a Synanon (De Leon; Beschner, 1976). Todavia “Sua gradual involução, sua organização interna sujeita a distúrbios e a redução de seu papel no campo das dependências químicas nas três últimas décadas estão bem descritas na literatura (Deitch e Zweben, 1980; Yabonsky, 1989)” (DE LEON, 2003, p. 20).

2.2.4 Cruz Azul

Paralelamente ao desenvolvimento das CTs na América, destaca-se a Cruz Azul Internacional, fundada no dia 21 de setembro de 1877, em Genebra na Suíça, onde 27 pessoas, lideradas pelo Reverendo Louis-Lucien Rochat (1849-1917) iniciaram o maior movimento em prol da abstinência de SPA conhecido na época.

Rochat passou a despertar interesse pelos dependentes químicos logo cedo, quando ao fazer um estágio teológico em Londres fora, em certa ocasião, convidado pelo Dr. Barnados, muito ativo em projetos sociais na época, para fazer parte da Santa Ceia num de seus estabelecimentos sociais, no subúrbio de Londres. Quando surpreso bebeu suco de uva ao invés do tradicional vinho, servido nessas ocasiões. Lhe esclareceram que naquele evento de celebração da Santa Ceia participavam muitas pessoas, homens e mulheres, dantes tidas as amarras do álcool, e que hoje são livres (libertas do vício), todavia o simples degustar do vinho já seria o suficiente para uma recaída. (KLEMENT, 1990)

Esse pensamento não saía da mente de Rochat, em especial a idéia de “viver uma vida abstinente”, não como sacrilégio, mas como a mais profunda prova de amor para com aqueles que foram laçados pelo álcool (droga predominante daquela época). Segundo Rochat, a “casa de Deus” (a igreja), não poderia ser em hipótese alguma, “Casa de Tropeço” para as pessoas; pelo contrário, deveria ser ponto de referência e santidade. Entretanto, o “beber socialmente¹¹” era comum e romper com essa “tradição” um desafio impar. Os primeiros anos do movimento foram ameaçadores, as resistências da sociedade suíça era enorme, mas a convicção da causa fizeram do trabalho de Rochat e seus colaboradores uma das maiores e mais atuantes organizações do mundo. (KLEMENT, 1990)

Da mesma forma como a Cruz Vermelha hasteava sua bandeira, demonstrando um sinal claro de esperança aos enfermos e acidentados, a Cruz Azul ao hastear sua pequena bandeira queria que naquele local houvesse alento e refúgio para as pessoas escravas do alcoolismo e demais drogas. (KLEMENT, 1990)

Tabela 4 – Objetivos da Cruz Azul

- Convicta de que a fé em Jesus Cristo é o fundamento da verdadeira liberdade, a Cruz Azul tem por objetivo socorrer aqueles que estão dominados pelos problemas ligados ao alcoolismo e às drogas, em geral servindo-se para isso, de todos os meios modernos à disposição;
- Informar sobre os perigos do abuso de bebidas alcoólicas ou de qualquer outra droga;
- Empenhar-se na prevenção e na promoção de um estilo de vida livre de todas as drogas;
- Envolver-se nas políticas que dizem respeito ao uso e ao consumo do álcool e das drogas, buscando a saúde para todos.
- Quer proporcionar orientação e auxílio potenciais à dependentes, à seus familiares, pessoas próximas, afetadas ou ligadas;
- O trabalho da Cruz Azul não se restringe apenas à área de internação e recuperação de dependentes, mas também à prevenção, ajuda e acompanhamento dos mesmos e seus familiares.

* É um trabalho cristão diacônico e seu serviço de assistência social, destina-se a todas as pessoas, sem distinção de cor, raça, sexo, nacionalidade, estado civil, profissão, credo religioso ou político. Sua finalidade é ajudar dependentes do álcool, drogas e congêneres, seus familiares e pessoas afetadas e/ou ligadas às pessoas dependentes. Busca prevenir contra o abuso do álcool e de outras drogas através de publicações, trabalho público em palestras e divulgação de material de informação e de trabalho que visem ajudar pessoas dependentes. Objetiva a manutenção de Entidades e Centros para Recuperação/ou Comunidades Terapêuticas de dependências e dos provenientes de dependência, e que sirvam para aconselhamento, tratamento ambulatorial, médico ou de enfermagem, tratamento e reabilitação. Fornece orientação e treinamento aos seus colaboradores e voluntários, através de publicações e Cursos de Capacitação em Dependência Química realizados por pessoal especializado.

Fonte: www.cruzazul.org.br/sobre/sobre.htm

¹¹ Segundo Alair Scheidt, ex-diretor do CERENE de Blumenau, “quem diz beber socialmente, mente!”. A linha entre o beber socialmente e a dependência química é muito tênue.

Atualmente a Cruz Azul atua em 51 países, por meio da *International Federation of the Blue Cross* (Federação Internacional da Cruz Azul), e serve de referência central para mais de 2600 grupos de Apoio.

Na tabela 4 cabe destacar que, a exemplo do Grupo de Oxford, na Cruz Azul o membro se relaciona especificamente com o Deus cristão. Evidentemente respeita os demais credos, todavia somente aceita como verdadeiro e absoluto o ensino das Sagradas Escrituras.

Diferentemente da Synanon, o foco da recuperação é teocêntrica, sendo o *eu* e o *processo grupal* relegado ao plano imediatamente seguinte. Desta forma, pode-se afirmar que, a missão última do grupo não se limita a promover uma vida livre de qualquer SPA, e sim, a gerar uma vida de intimidade com o Criador.

Segundo o *site* oficial da Federação Internacional da Cruz Azul, setenta e sete¹² estabelecimentos (clínicas e comunidades terapêuticas) estão diretamente filiados à entidade, e recebem periodicamente instruções e matérias para aprimorar ainda mais suas atividades. O CERENE é membro desde 1993. Assim como: 210 centros de aconselhamento e triagem, 1380 colaboradores assalariados e 2600 Grupos de Apoio. No Brasil a Cruz Azul têm 9 centros de tratamento filiados e 22 Grupos de Apoio¹³.

¹² Observação importante: o número de 77 (setenta e sete) estabelecimentos fora constatado em pesquisa no *site* oficial da Federação Internacional da Cruz Azul. Todavia, é salutar destacar que a ênfase da Cruz Azul são os Grupos de Apoio (2.600 grupos) e não os estabelecimentos de tratamento propriamente ditos. [<http://www.eurocare.org/bluecross/english/intfederationeng.html>]

¹³ A Cruz Azul no Brasil têm 9 centros de tratamento filiados (PR: Curitiba – Associação “Para Vida Sem Drogas”, Lapa – CERENE, Rolândia – Vida Nova (Cervin); RS: Panambi – Cruz Azul e SC: Blumenau – CERENE, Itajaí – Pró-Vida, Ituporanga – Renascer, Palhoça – CERENE, São Bento do Sul – CERENE) e 22 Grupos de Apoio (PR: Curitiba, Lapa, Rio Negro, Rolândia; RS: Novo Hamburgo, Panambi, Santo Ângelo; SC: Blumenau, Florianópolis, Ibirama, Itajaí, Ituporanga, Joinville, Palhoça, Palmitos, Presidente Getúlio, Rio do Sul, Rio Negrinho, São Bento do Sul, São José). [www.cruzazul.org.br/centros/filiados.htm e www.cruzazul.org.br/grupos/enderecos.html]

2.2.5 As comunidades terapêuticas modernas

Central nesses movimentos – grupo de Oxford, AA, Synanon, Cruz Azul, e tantos outros – tem sido o profundo comprometimento de seus mentores e colaboradores, que incansavelmente procuraram soluções para o problema da DSPAs.

Estes movimentos originaram a maioria, se não a totalidade, dos programas atualmente conhecidos. Em termos de avanços significativos cabe destacar na Tabela 5 alguns pontos de aprimoramento, lembrando que a CT é, e sempre será, um “movimento em construção”.

Tabela 5 – Principais desenvolvimentos das CTs modernas para dependentes químicos

- Passagem de comunidade alternativa para dependentes químicos excluídos que presumivelmente não tinham condições de viver em sociedade a uma instituição de serviços de atenção aos seres humanos que prepara os indivíduos para a reintegração à sociedade mais ampla.
 - Passagem de uma permanência indefinida na mesma comunidade residencial a uma duração planejada de permanência residencial orientada por um plano e um protocolo de tratamento.
 - Passagem de fontes de apoio completa ou parcialmente privadas e empresariais à manutenção quase exclusiva de orçamentos operacionais a partir de fundos públicos, requerendo o atendimento do requisito de auditoria e supervisão realizados por conselhos externos de diretores.
 - Retirada da ênfase em líderes carismáticos e aumento da importância da liderança pelos companheiros, dos funcionários em geral como modelos e das decisões tomadas por várias pessoas.
 - Inclusão de uma crescente proporção de funcionários não-recuperados em funções clínicas e administrativas primárias, advindos de variados campos disciplinares.
 - Desenvolvimento de serviços de atendimento pós-recuperação para quem termina a fase residencial de tratamento.
 - Reintegração dos princípios e tradições dos 12 passos da AA no protocolo de tratamento de muitas CTs residenciais.
 - Gradual aproximação entre modelos e métodos da CT psiquiátrica e da CT de tratamento de dependência química.
 - Adaptação da CT a populações especiais e a ambientes especiais, como instalações de saúde mental e instituições correcionais.
 - Desenvolvimento de uma base de conhecimentos de pesquisa e de avaliação por equipes de pesquisa independentes e baseadas em programas específicos.
 - Desenvolvimento de organizações de CTs nos níveis regional, nacional e internacional.
 - Promulgação e disseminação mundiais das CTs de tratamento da dependência química por meio da formação, do desenvolvimento de programas, da assistência técnica e da pesquisa.
-

Fonte: De Leon, 2003, p. 28

2.2.6 World Federation of Therapeutic Communities (WFTC)

A WFTC é atualmente a maior promulgadora e disseminadora das CTs no mundo. Engloba seis Federações que atuam localmente em diversos países, a saber: ***Therapeutic Communities of America (TCA)*** – Canadá, Estados Unidos e Ilhas Virgens; ***Latin-American Federation of Therapeutic Communities (FLACT)*** – Argentina, Bolívia, Brasil, Costa Rica, Chile, Colômbia, Equador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicarágua, Panamá, Paraguai, Peru, Porto Rico, República Dominicana, Uruguai e Venezuela; ***European Federation (EFTC)*** – Alemanha, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grã Bretanha, Grécia, Holanda, Irlanda, Israel, Itália, Malta, Noruega, Portugal e Suécia; ***Federation of TCs of Central & Eastern Europe (EEFTC)*** – Bulgária, Eslováquia, Eslovênia, Estônia, Hungria, Latvia, Lituânia, Polônia, República Tcheca, Romênia, Rússia, Ucrânia; ***Asian Federation of Therapeutic Communities (AFTC)*** – China, Coreia, Filipinas, Hong Kong, Índia, Indonésia, Malásia, Nepal, Paquistão, Singapura, Sri Lanka, Tailândia e Vietnã; assim como ***Australasian Therapeutic Communities Association (ATC)*** – Austrália, Nova Guiné e Nova Zelândia.

Como principais objetivos da Entidade destacam-se os relatados na tabela 6

Tabela 6 – Objetivos da WFTC

- Parceiro correlato, como a voz internacional para o movimento de Comunidade Terapêutica, junto a outros segmentos de tratamento mundial, prevenção, execução e áreas de pesquisa;
 - Articular definições e padrões de atuação para o Movimento de Comunidade Terapêutica internacional;
 - Criar um centro de distribuição e dados e informações à cerca das Comunidades Terapêuticas;
 - Coordenar treinamentos e equipar os programas, visando ajudar os colegas de tratamento para estabelecer e incentivar a viabilidade das Comunidades Terapêuticas;
 - Garantir fundo de financiamento para a WFTC garantindo seus esforços na capacitação e na pesquisa junto ao governo, a grandes incorporações e fundações de financiamento;
 - Construir pontes com outras disciplinas profissionais (psiquiatria, psicologia, sociologia, administração, etc.) com a finalidade de desenvolver compreensão mútua e parceria na solução de problemas correlatos com as SPAs;
 - Promover a articulação política junto aos governos federais, assim como junto a representantes de organizações privadas;
 - Patrocinar as Conferências Mundiais de Comunidades Terapêuticas¹⁴.
-

Fonte: adaptado de www.wftc.org/mission.html [tradução própria]

¹⁴ A última Conferência Mundial de Comunidades Terapêuticas (CMCT) ocorreu dos dias 13 a 17 de abril de 2004, em Palma de Maiorca/Espanha. Cerca de 1300 profissionais da área e correlatos participaram do evento, representando 62 países. Trata-se da XXII CMCT que reafirma a importância desse trabalho em todo mundo. A I CMCT ocorreu no ano de 1976 em Norrköping/Suécia.

O maior desafio consiste no aprimoramento de pesquisas sobre a eficácia das Comunidades Terapêuticas assim como a socialização destes resultados. Essa carência em pesquisas é notória na maioria dos países, em partes pelo ínfimo incentivo governamental. Talvez o melhor exemplo de parceria entre as Comunidades Terapêuticas e o governo local, se mostra nos Estados Unidos, onde o *National Institute of Drug Abuse* (NIDA – Instituto Nacional para o Abuso de Drogas) fundou um sólido órgão de pesquisa denominado *National Development and Research Institutes* (NDRI – Institutos Nacionais de Desenvolvimento e Pesquisa) que, por sua vez, subsidia o inédito *Center for Therapeutic Community Research* (CTCR – Centro para a Pesquisa da Comunidade Terapêutica) dirigido pelo professor clínico de psiquiatria da *New York University* Georg De Leon¹⁵.

2.3 Panorama das comunidades terapêuticas em Santa Catarina

A Gerência de Orientação e Fiscalização de Unidades de Saúde (GEFUS) subordinada a Diretoria de Vigilância Sanitária (DVS) do Estado de Santa Catarina divulgou, nos dias 03 e 04 de junho de 2004, o resultado da pesquisa referente ao perfil das comunidades terapêuticas em Santa Catarina. Os dados foram apresentados durante o “Seminário Estadual sobre adequação das comunidades terapêuticas a RDC Nº 101/2001”, em Florianópolis/SC¹⁶.

Para obtenção dos dados de pesquisa¹⁷, foram vistoriadas 54 comunidades terapêuticas - (6 femininas, 47 masculinas e 1 infantil masculina), com uma capacidade instalada de

¹⁵ Ver nota de rodapé 2.

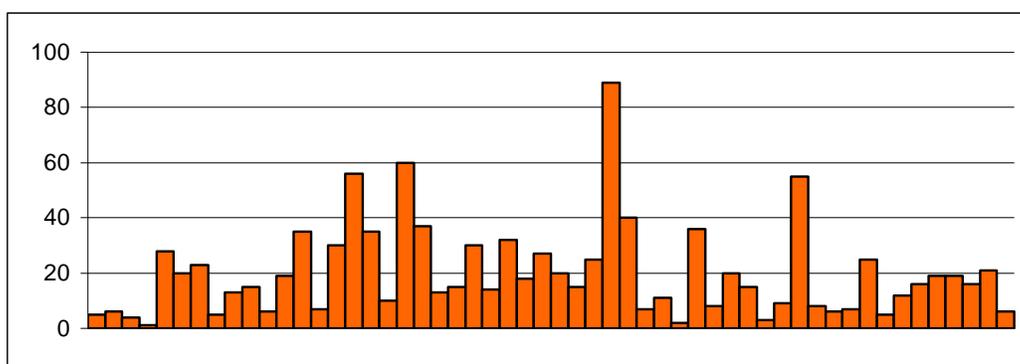
¹⁶ A GEFUS realizou um trabalho pioneiro no Brasil, somente o Estado de Santa Catarina conta com um mapeamento, mesmo que limitado, das CTs instaladas em território catarinense. A coordenadora de pesquisa, doutoranda em antropologia pela UFSC, professora Maika Arno Roeder, destaca que as principais CTs foram visitadas, dando assim um cenário bastante realista do atual perfil das CTs em Santa Catarina.

¹⁷ A pesquisa foi feita durante os meses de set. 2003 a jan. 2004, com recesso no período natalino e de ano novo.

1455¹⁸ leitos, dos quais, durante o período das vistorias, 1079¹⁹ estavam sendo ocupados (74,16% de ocupação dos leitos), e entrevistados 255 residentes (23,63% dos residentes).

A GEFUS optou por elaborar dois instrumentos de pesquisa, o primeiro para avaliar a adequação das CTs frente a RDC N° 101/2001 da ANVISA (ver Anexo A), já o segundo instrumento de pesquisa procurou saber, junto aos residentes das CTs qual o grau de satisfação dos mesmos com relação ao tratamento oferecido. (ver Anexo B)

Gráfico 1 – Número de pessoas em tratamento na data da vistoria (set. 03 – jan. 04)



Fonte: GEFUS, 2004

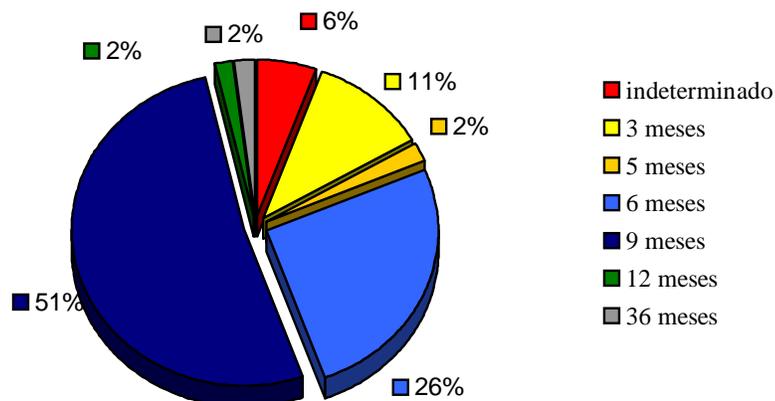
Base: 1079 residentes

Conforme os dados apresentados, no dia das vistorias 1079 residentes ocupavam as 54 CTs o que representa uma média de 20 residentes por CTs. Já a média da capacidade instalada para as mesmas CTs é de 27 residentes (caso todos os leitos fossem preenchidos). Nota-se que 18 CTs tiveram ocupação menor ou igual a 10 residentes, e apenas 9 CTs ocupavam, no momento da vistoria, mais de 30 residentes²⁰.

¹⁸ Capacidade Instalada – 122 leitos femininos, 22 leitos infantil masculinos e 1311 leitos masculinos.

¹⁹ Capacidade Utilizada – 77 leitos femininos (63,11%), 5 leitos infantil masculinos (22,73%) e 997 leitos masculinos (76,05%)

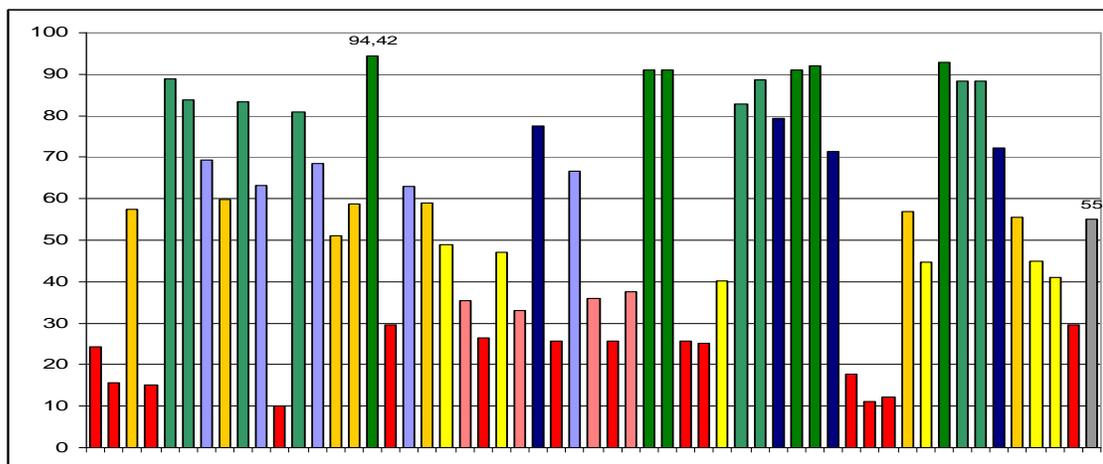
²⁰ Somente uma CT em Santa Catarina atende mais que 60 pacientes, todavia a mesma está resguardada legalmente, tendo em vista que sua fundação foi anterior a vigência da RDC (ver Anexo 1 – item 6)

Gráfico 2 – Tempo de internação

Fonte: GEFUS, 2004

Base: 54 Comunidades Terapêuticas

De acordo com o gráfico 2 praticamente a metade das CTs primam por um tempo de internação de 9 meses, seguidas das CTs que adotam 6 meses (26%) e 3 meses (11%). No capítulo 4, item 2, subitem 3, a temática “tempo de internação” será enfatizada.

Gráfico 3 – Percentual de quesitos atendidos da RCD 101/2001 (Instrumento 1)

Fonte: Adaptado da GEFUS, 2004

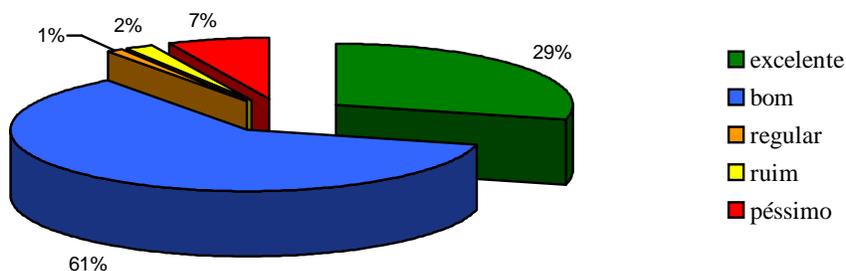
Base: 54 Comunidades Terapêuticas

O gráfico 3 aponta o percentual de quesitos atendidos pelas CTs frente ao exigido pela RDC 101/2001 de acordo com a pesquisa realizada pela GEFUS. A última coluna aponta a média percentual (55%) obtida pelas 54 CTs. Das 54 CTs no momento da vistoria, por exemplo: 61,11% (33/54) não tinham Alvará Sanitário; 44,44% (24/54) não tinham um

profissional da área de saúde responsável; 72,22% (39/54) não tinham um projeto terapêutico; 37,04% (20/54) não tinham um fichário dos residentes e 92,59% (50/54) não tinham um banheiro adaptado para deficientes físicos.

O melhor percentual obtido foi de 94,42%²¹, enquanto que 14 CTs (25,93%) das 54 vistoriadas pela pesquisa da GEFUS apontaram percentual de atendimento dos quesitos mínimos da RDC 101/2001 inferior a 30%, o que aponta um cenário desolador, sendo que 6 CTs sequer tinham uma cozinha no período da vistoria.

Gráfico 4 – Satisfação dos usuários com relação ao tratamento oferecido pelas comunidades terapêuticas (Instrumento 2)



Fonte: GEFUS, 2004

Base: 255 residentes de 54 Comunidades Terapêuticas

Paralelamente a vistoria técnica a equipe de pesquisa da GEFUS julgou fundamental avaliar o grau de satisfação dos residentes (usuários) das CTs vistoriadas, de acordo com o instrumento 2A e 2B. (Ver Anexo B)

Surpreendentemente 90% dos residentes afirmam que o tratamento é bom ou até mesmo excelente. Até mesmo nas CTs cuja infra-estrutura física e de recursos humanos são insuficientes os pareceres dos residentes foi bastante favorável.

De acordo com George De Leon (ver Apêndice A) a maioria dos residentes de CTs vem de ambientes hostis e vulneráveis. O impacto que uma CT de “padrão muito elevado”

²¹ Percentual obtido pela CT CERENE de Blumenau.

provoca no residente pode ter reflexos prejudiciais ao tratamento, pelo fato de desvirtuar a “realidade” social do residente. Evidentemente não se trata de apologia às más instalações, ao contrário, é importante zelar por qualidade, entretanto jamais esquecer que o fundamental nunca será a estrutura física e sim o ser humano.

À luz dos dados de pesquisa, a GEFUS reafirmou seu compromisso pela orientação das comunidades terapêuticas frente às exigências legais, mas também, o dever fiscalizador que o órgão tem ao zelar pela saúde coletiva dos cidadãos²².

Julga-se igualmente importante rever se as CTs pesquisadas são efetivamente CTs ou apenas “pseudo-CTs”, isto é, há aquelas que se autodenominam CT, com Estatuto e Regimento Interno muitas vezes discrepante no que tange teoria e prática, e dessa forma acabam por contaminar essa modalidade de tratamento.

Para a falta de recursos e investimentos no setor se requer profissionais qualificados e engajados, ao invés de elementos mal intencionados, que se aproveitam da fraqueza do próximo (dependente e família fragilizados) ao prestar um serviço de péssima qualidade, e ainda ter a ousadia de cobrar por isso (um negócio inescrupuloso).

Logo, deseja-se fortificar efetivamente as CTs para que as mesmas sejam reconhecidas pelo Estado, como ótimas opções para tratamento de DSPAs²³, e que a denominação CTs possa ser sinônimo de eficiência e eficácia.

²² A metodologia adotada pela GEFUS foi muito elogiada pelas CTs presentes ao “Seminário Estadual sobre adequação das comunidades terapêuticas a RDC nº 101/2001” – orientar para então fiscalizar.

²³ Para ver mais sobre opções de tratamento de DSPAs, consultar o Anexo E.

2.3.1 CERENE 15 anos



Fonte: www.cerene.org.br

Figura 1 – Fotos panorâmicas das quatro unidades CERENE – Blumenau, Palhoça, São Bento do Sul e Lapa, respectivamente

O Centro de Recuperação Nova Esperança (CERENE), fundado na cidade de Blumenau/SC no dia 04 de maio de 1989, é uma pessoa jurídica de direito privado, entidade civil, filantrópica e de assistência social, sem fins lucrativos e com duração por um prazo indeterminado.

O CERENE tem como missão²⁴: **“Atuar na prevenção da dependência de álcool e outras drogas, e no tratamento do dependente e seus familiares, a partir de uma visão cristã de ser humano integral, buscando a reinserção social e uma melhor qualidade de vida”**.

Essa instituição procura e tem por objetivo o ser humano completo²⁵, como um todo, e neste sentido vem utilizando na assistência aos residentes a laborterapia e o acompanhamento médico, proporcionando também atividades de lazer, esportivas, educacionais, palestras, terapia em grupo, terapia individual, aconselhamentos e o cultivo da espiritualidade – através das práticas do Cristianismo.

O CERENE adota junto à sua denominação social a expressão e símbolo “Cruz Azul”, que identifica o tipo de trabalho e tratamento que se propõe. Atualmente a “Cruz Azul” está presente no mundo em mais de 50 países. O CERENE, por tanto, é filiado à Federação da

²⁴ Atrelado a missão, a entidade tem por Lema “Para uma vida sem drogas” e por Visão: “Ser um centro de referência no atendimento dos usuários de nossos programas, mantendo o caráter social”.

²⁵ Ser humano completo ou também ser humano integral – refere-se a abordagem de que o ser humano, na visão do CERENE (assim como da Cruz Azul como um todo), não pode ser estudado, diagnosticado simplesmente de forma biológica. O ser humano integral compreende as dimensões: física, psicossomática e espiritual (TOURNIER, 1985).

Cruz Azul no Brasil e à Federação Internacional da Cruz Azul, esta com sede em Berna, na Suíça, fundada em 1877, logo contando com mais de 125 anos de atuação no tratamento de dependentes em substâncias psicoativas.

O trabalho da Cruz Azul interpreta a dependência química como uma doença, e o dependente como um doente, que precisa de acompanhamento médico, psicológico, entre outros. A concepção de doença está vinculada a uma “visão integral do ser humano” e entende que a recuperação, além do tratamento especializado com médicos, psicólogos, assistentes sociais, precisa também de um acompanhamento espiritual o qual irá complementar o tratamento.

A entidade mantenedora do CERENE é a Missão Evangélica União Cristã —MEUC, a qual idealizou este trabalho. O trabalho surgiu a partir da convicção de membros da MEUC, segundo a qual não se poderia ficar assistindo ao problema do alcoolismo e das demais drogas apenas no nível do discurso, mas, que o amor às pessoas que da dependência são acometidas, deveria ser demonstrado de forma prática e efetiva.

O CERENE começou em 1989, na cidade de Blumenau/SC. O trabalho teve um início bem modesto, o primeiro paciente morava junto com a família do primeiro obreiro (colaborador/funcionário). Logo em seguida, um rancho foi transformado em alojamento; cozinha, refeitório, sala de reuniões, surgiram com o passar do tempo conforme as necessidades dos dependentes e do corpo terapêutico sempre atrelado às condições financeiras da Entidade.

Na medida em que se ampliava o espaço físico, mais a procura por tratamento aumentava. Logo um segundo espaço foi transformado em alojamento. No entanto, ainda não havia espaço suficiente. Foram ainda construídas outras edificações como alojamento, cozinha, moradias para funcionários, marcenaria, entre outros.

O trabalho do CERENE pôde expandir-se através do apoio da MEUC (Missão

Evangélica União Cristã), da Cruz Azul, da “*Gnadauer Brasilien Mission*” (Entidade vinculada à MEUC) e a “*Hilfe für Brüder*” ambas da Alemanha, e ainda da Prefeitura Municipal de Blumenau, do Governo do Estado de Santa Catarina, assim como de inúmeras pessoas identificadas com a causa.

Através do crescimento do trabalho houve um reconhecimento da comunidade e da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil (IECLB), tendo surgido um convite através da Paróquia em Palhoça/SC, (apoiada na época pelo poder público local) para a instalação de uma Comunidade Terapêutica CERENE em Palhoça. Atendendo a esse convite, foi inaugurada em maio de 1996 uma unidade naquela cidade, pertencente à região da grande Florianópolis/SC. Atualmente, a unidade de Palhoça possui uma estrutura que permite o atendimento de até 36 pessoas em tratamento e de 06 pessoas no programa de Reinserção Social.

Em 1998, o CERENE recebeu o convite da IECLB e do Poder Público de Lapa/PR, para abrir uma unidade naquela cidade. A Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil e a Prefeitura do referido município uniram esforços e a partir de abril de 2000 foi doado um terreno e as primeiras edificações, que também foram inauguradas nesta data. Contudo, o início das internações ocorreu efetivamente em janeiro de 2001, com capacidade para 08 internações, sendo que, atualmente conta com 16 leitos.

Convite semelhante também ocorreu em 1999 na cidade de São Bento do Sul/SC, onde no dia 21 de julho de 2002 foi inaugurada a quarta unidade CERENE. Tendo como capacidade inicial nas atividades de tratamento 16 leitos. Na inauguração registrou-se a presença de mais de 700 convidados, o que reforça a importância do apoio da comunidade.

Esse trabalho tem sido reconhecido nacionalmente, pois no ano de 2000 e 2003 foi escolhida como uma das 50 Entidades filantrópicas mais eficientes do país, recebendo o

“Prêmio Bem Eficiente”²⁶. Em 2001, no *ranking* das entidades beneficentes de assistência social promovido pelo Guia de Filantropia 400²⁷ o CERENE ficou em 7º lugar no Estado de Santa Catarina e 232º lugar em nível de Brasil. Esse mesmo *ranking* coloca o CERENE como a 40º maior entidade na área de Saúde do Brasil.

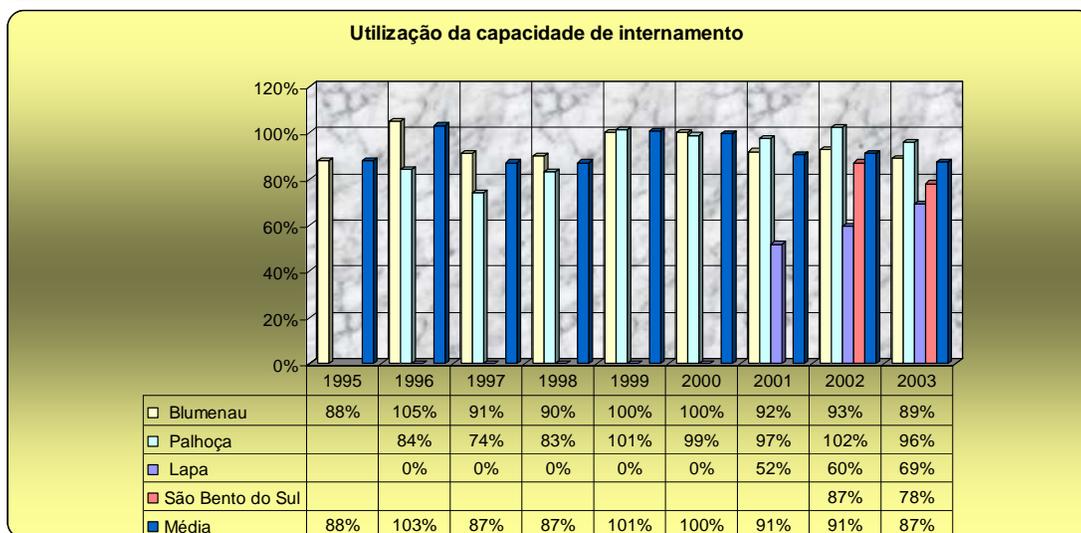
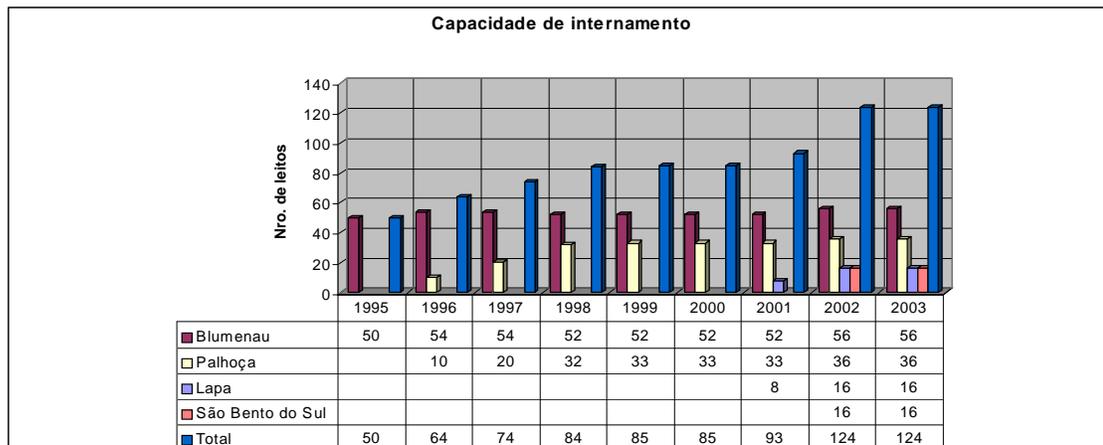
A revista VEJA, uma das maiores em circulação do país, em edição especial de dezembro de 2001, indicou o CERENE como uma das “430 entidades no Brasil que merecem contribuição”, sendo a única de Santa Catarina listada como entidade de abrangência nacional. Outros prêmios recebidos em 2001 que merecem destaque: a unidade de Blumenau recebeu o “Prêmio de Qualidade Empresarial e Profissional 2000” concedido pela *Master 2001* e a unidade de Lapa/PR recebeu o “Prêmio Destaque da Lapa”, escolhida em 1º Lugar na categoria de Entidade.

Além disso, é declarada de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal além de ser portadora do CEBAS – Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (Certificado de Filantropia).

O CERENE, desde a sua constituição em maio de 1989, já atendeu mais de 3000 pessoas em regime de internamento para recuperação. Atualmente o CERENE tem internadas pessoas de diversas regiões do país, principalmente dos três estados do sul, sendo que a maioria provém das regiões circunvizinhas às casas de recuperação hoje em funcionamento, ou seja, Blumenau/SC, Palhoça/SC, Lapa/PR, São Bento do Sul/SC, (ver gráfico 6, item 3.1)

²⁶ Ao receber o Prêmio a Entidade fica automaticamente dois anos sem concorrer ao mesmo. Mais detalhes disponíveis no *site* <http://www.melhores.com.br>

²⁷ Mais detalhes disponíveis no *site* <http://www.filantropia.org>

Gráfico 5 – Capacidade e utilização de internamentos (1995 – 2003)

Fonte: Estatísticas CERENE, 2003.

De acordo com os dados do gráfico 5, observa-se que o CERENE possui capacidade de atendimento total (somatório de todas as suas unidades) de 124 leitos para tratamento, dos quais em 2003 foram ocupados em 87%. Além disso o CERENE dispõe de 20 vagas para reinserção social e ainda atendimento nos programas de prevenção de aproximadamente 15.000 pessoas por ano através de palestras e outros trabalhos de prevenção realizados principalmente em escolas, igrejas e a comunidade em geral.

Nos artigos 4º e 5º do seu Estatuto o CERENE define seu objetivo social:

ART. 4. A entidade tem por objetivo a reabilitação física, espiritual e psíquica de dependentes do álcool, de drogas e congêneres, visando torná-los livres, felizes, capazes, úteis e readaptá-los à sociedade, auxiliando-os na readaptação e reintegração à sociedade. § 1 - A entidade objetiva não só atuar no trabalho de recuperação, mas também na área de prevenção das dependências acima

enumeradas, podendo para isso utilizar todos os meios e formas disponíveis para consecução deste objetivo, desde que não contrariem os princípios expressos neste estatuto. § 2 - Além do trabalho de recuperação e prevenção nas áreas acima mencionadas, a entidade se propõe a atuar também através de grupos de apoio, tanto a dependentes como a seus familiares, pessoas ligadas e/ou de seu relacionamento que, como atingidos, necessitam de auxílio ou cujo envolvimento se torne imprescindível para o sucesso do tratamento e/ou acompanhamento. § 3 - Constitui também objetivo, sempre que possível, atuar no enfrentamento da pobreza e na assistência às famílias, tanto para com pessoas ligadas ou afetadas às pessoas dependentes, como da sociedade em geral, em especial visando à proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice, bem como promover a integração ao mercado de trabalho. § 4 - Para atingir os objetivos acima, poderá atuar em conjunto ou não com entidades profissionais, entidades públicas ou privadas, associações e/ou igrejas. **ART. 5.** O CERENE, convicto do poder salvífico de Jesus Cristo, fará seu trabalho de recuperação dos doentes e viciados, por meio do Evangelho contido nas Sagradas Escrituras, do aconselhamento e da assistência médica.

Já nos artigos 6º e 7º do seu Estatuto descreve a quem se destinam os serviços prestados pela Entidade CERENE:

ART. 6. O trabalho de recuperação destina-se a todas as pessoas que desejam ser curadas e libertadas do álcool e das drogas, sem distinção de cor, raça, sexo, nacionalidade, estado civil, profissão, credo religioso ou político. **ART. 7** Os interessados na recuperação deverão estar cientes e se submeter ao Regimento Interno.

Característica do CERENE é a constante busca por qualidade. Um objetivo que deve ser comum a todas as CTs. De acordo com o artigo “*La calidad en lãs comunidades terapéuticas*” de Muñoz e Cueva (2003, p. 72),

La calidad se puede definir como el conjunto de características orientadas a su capacidad para satisfacer las necesidades de los clientes tanto internos como externos. [...] es un modelo de actuar para todos y compartido por todos. En esta comunicación se desarrollará qué se hace, cómo se hace, cuándo se hace y por qué se hace.

Atualmente o CERENE reforça sua ação também em direção a projetos específicos de reinserção social, além de planos para assegurar um efetivo programa de acompanhamento pós-alta terapêutica, para seus residentes (*aftercare*).

A história do CERENE por Hans Georg Fischer

Hans Georg Fischer, nasceu no pequeno vilarejo de Zoztenbach, pertencente à cidade de Rimbach, Estado de Hessen, na Alemanha, em 1946. Formou-se em teologia em 1973 pela

Faculdade Tabor da cidade de Marburg. A convite da Missão Evangélica União Cristão (MEUC), veio para o Brasil em 1975, onde reside e trabalha até os dias de hoje. É casado com Iracema Fischer e pai de três filhos.

Visando preservar a fala do entrevistado, julgou-se adequado transcrever a entrevista, traduzida para o português, na íntegra e sem o uso de recuo de texto, preservando a fala em primeira pessoa do singular. Segue a história do CERENE contada por Hans Georg Fischer:

Eu trabalhei muitos anos em Pomerode/SC, e em Pomerode o consumo de álcool é muito alto. E os problemas nas famílias acabam chegando na porta de casa de um pastor. Este até estudou teologia, e tem um coração aberto para as pessoas, mas para lidar com os problemas do alcoolismo a gente percebe que chega nas divisas [nas fronteiras do conhecimento], que apesar de boa vontade a gente não consegue transpor. Você entende, a gente quer ajudar muito, mas percebe-se que apesar de ser difícil, você reconhece que o problema ultrapassa os teus limites, você não consegue ajudar.

Por vezes a gente recebia alcoólatras na família, eles moravam conosco, para tentar ajudar eles, e quando eu estava em casa e tinha eles sob controle não tinha problema, mas quando eu saía para o ministério eles aprontavam. Uma vez a minha esposa me ligou em Rio do Sul, porque ela não sabia mais o que fazer, então eu liguei de lá para o Delegado de Pomerode, ele pegou o dependente, ficou com ele na delegacia até eu voltar, aí eu peguei ele novamente. Era uma luta.

Problemas semelhantes tinha o meu colega em Blumenau, o Dr. Euler Westphal, na casa dele os dependentes até roubaram coisas, mentiam muito, eram safados. Se aproveitavam demais da boa vontade do Euler em ajudar.

E dessa angústia surgiu uma idéia de ter uma pequena casa de recuperação. A direção da Missão, após diálogo com a diretoria da MEUC, deu sinal verde. Então começamos a

procurar por um terreno apropriado e um terapeuta capacitado. Ambos foram encontrados.

Pela ajuda da Cruz Azul na Alemanha de 10 mil marcos, conseguimos reformar a casa e a estrebaria que tinha no terreno. Acabamos reestruturando a estrebaria para o primeiro centro de internamento, e na casa era onde morava o terapeuta Alair Scheidt e sua família. O começo foi bem precário, era um começo do nada.

Tem muitas histórias. Um dos nossos primeiros residentes era o Kurt Kreuzfeld, a bicicleta dele já sabia o caminho para o bar de cor. E o dono do bar já não queria mais vê-lo, e muitas vezes o Kurt era atirado para fora do bar. Um dia o Kurt decidiu fazer um tratamento, e isso ele disse para o dono do bar. E ele disse, se você fizer isso eu vou doar pra ti essa geladeira aqui. E o Kreuzfeld se internou. E como nós não tínhamos geladeira na cozinha da terapia, o Kurt tinha que levar as sobras de comida para a casa do Alair e colocar na única geladeira do terreno. Quando o Kurt se lembrou da promessa do dono do bar, aí ele disse isso para o Alair, e os dois foram no bar e receberam a geladeira como doação para o CERENE.

Mais tarde a MEUC nos doou uma Kombi velha, e assim uma coisa após a outra. Na época o prefeito em Blumenau era o Wilson Kleinübing e ele tinha um coração enorme pelo nosso trabalho, e nos concedeu máquinas para dar uma infra-estrutura maior ao terreno.

Não demorou muito e a velha estrebaria ficou pequena. Para a Kombi, nós mesmos havíamos feito uma garagem. Aí tiramos a Kombi e fizemos um “apartamento sem luxo e sem banheiro” com oito leitos. Mas mesmo nessas condições primitivas de infra-estrutura nós obtivemos ótimos resultados.

Na época nós tínhamos poucos conhecimentos médicos. Uma vez um dos nossos pacientes, Ralf Sievert, queria desesperadamente “salvar” a sogra dele que estava se afogando na Lagoa que tinha no CERENE. As tentativas de detê-lo eram em vão, o Alair levou ele para o médico, o Dr. Strasburger em Vila Itoupava. Num primeiro momento o médico testou quem dos dois era o doente (risos) porque no consultório o Ralf falava novamente bem normal. Mas

não tardou e o médico identificou a doença e receitou o remédio apropriado. Assim, aprendemos passo a passo.

Muitos pacientes vinham de Palhoça/SC, lá trabalhava o pastor Arno Paganelli, da Igreja IECLB, e também tinha um empresário em Palhoça que se interessou muito pelo nosso trabalho e repentinamente trazia funcionários seus para o tratamento. Os resultados eram bons, e ele [o empresário] nos ofereceu doar um terreno em Palhoça para construir um outro Centro de Recuperação. No começo eu negava categoricamente essa sugestão, mesmo sendo de graça o terreno. Porque? Porque Blumenau mesmo ainda estava muito precário, bem abaixo do que a gente queria em termos de estrutura. Aí estabelecemos contato com uma missão na Alemanha chamada “*Hilfe für Brüder*” (Ajuda para os irmãos). Nós encaminhamos um projeto para eles, o projeto foi aprovado e com ele os recursos para a construção de uma “Ala Central”. O Wilson Kleinübing se tornou governador de Santa Catarina e também investiu no nosso trabalho apoiando na construção de outra Ala.

Então veio uma campanha especial “Arrecadação das notas de ICMS para ajudar Instituições Filantrópicas”, no Estado de Santa Catarina, nós recebemos por cinco vezes o primeiro lugar, na última edição da Campanha, recebemos 147 mil reais, com esse dinheiro no Caixa vimos na Diretoria chegada a hora de começar uma nova Unidade em Palhoça.

Ao lado da infra-estrutura, existe um fator muito mais importante, ter as pessoas apropriadas. Um Centro de Recuperação está de pé ou cai, em função dos colaboradores. Era muito difícil encontrar profissionais qualificados e letrados no assunto. Por causa disso comecei a procurar na Alemanha, e dessa forma veio Eberhard Russ e sua família para o Brasil. Ele assumiu o trabalho em Palhoça/SC – junto com toda a motivação também existia o ardor de ajudar as pessoas em novamente reaprender a viver. A esposa dele é Enfermeira e ele Assistente Social com alguns anos de experiências adquiridas num Centro de Recuperação na

Alemanha. Ele trouxe muitas novidades e dessa forma agregou bastante valor ao nosso trabalho, em todos os campos, especialmente no terapêutico.

A unidade CERENE Palhoça fica as margens da BR101 e ao pé do Morro Cambirella, sem querer exagerar creio ser este o lugar mais bonito do mundo de um Centro de Recuperação, de frente a linda vista para o mar e a Ilha de Florianópolis, e nos fundos o lindo Morro do Cambirella com mais de 800 metros de altura. Só a vista já convida para fazer uma terapia, tirar um tempo na vida para reajustar os ponteiros.

Não tardou muito e também começamos com os “Dias da Família”. Faz parte do nosso programa que a família seja envolvida. Também a família precisa tratamentos. E tem sido muito bom, hoje temos terapias familiares, onde as famílias são convidadas e recebem orientações.

Nosso trabalho se tornou conhecido, meio que de boca em boca. Um pastor em Lapa/PR, chamado Ademir Kreuzfeld, conhecia nosso trabalho. A primeira-dama convocou todos os pastores, psicólogos, médicos da cidade para discutir o problema da droga na cidade. E o pastor Kreuzfeld indicou a nossa casa como uma casa de referência. E num certo dia, uma delegação de Lapa, veio com um ônibus, para conhecer a nossa Unidade e a forma do tratamento adotado em Blumenau. A primeira-dama, Dona Vera e os demais logo gostaram e trabalharam no intuito de fazer algo parecido em Lapa. A IECLB doou o terreno e a primeira-dama providenciou os recursos para montar a infra-estrutura básica necessária. Um bom terapeuta de Blumenau, o Otto Müller, foi transferido para assumir a Direção da Unidade CERENE Lapa.

Como em todas as Unidades começamos com um paciente, a este se somaram um segundo, um terceiro e a casa foi ganhando mais pacientes.

Nossa filosofia no CERENE é que a estrutura cresça conjuntamente com os colaboradores. Não adianta montar uma grande estrutura e não ter as pessoas chaves lá dentro.

Todos os nossos colaboradores morram na Unidade. Colaboradores e paciente (residentes) formam uma família. Nossos residentes precisam ver como marido e mulher convivem, como se educa filhos e como se supera problemas. Os nossos colaboradores são exemplos de vida. Todos eles são abstinentes, por amor aos dependentes.

Por trás de toda essa estrutura física e humana está uma diretoria ativa. Todos trazem consigo uma grande paixão pela causa. Desde cedo nós percebemos que precisamos de uma boa administração, por causa disso criamos um centro administrativo que supre as necessidades de todas as Unidades CERENE. Pela boa administração o CERENE já ganhou vários prêmios. Creio que poucas entidades têm um controle contábil tão bom e transparente como o CERENE. E isso é fundamental, é um compromisso para com os nossos doadores, as pessoas sabem que a doação é aplicada da melhor forma possível.

Mas aqui a história do CERENE ainda não termina. No planalto norte do Estado, três prefeitos mandaram uma carta e convidaram o CERENE para trabalhar nessa região. Para a diretoria foi um grande desafio. O que então nos desafiou a fundar a Unidade em São Bento do Sul foram dois motivos: uma vez o convite da região, entende-se nesse convite todo o apoio possível, e por outro lado a Faculdade Luterana de Teologia (FLT) que está instalada em São Bento do Sul. Volto a frisar que o CERENE está de pé ou cai por motivo das pessoas (colaboradores). logo era fundamental termos aproximação com um centro de formação de futuros colaboradores.

Teoria e prática devem andar de mão em mão. E as negociações com a FLT eram favoráveis. Já hoje temos alguns dos nossos colaboradores que foram formados nessa faculdade e outros estão em formação. Mas também em outras áreas de conhecimento nós temos financiado os nossos colaboradores (psicólogos, assistentes sociais, administradores, educação física, contabilidade, dentre outros).

Também em São Bento do Sul começamos pequeno, mas com um plano diretor que colabora minuciosamente com as normas da ANVISA. Também pela grande experiência das demais Unidades, foi possível aproveitar a área física de 83 mil metros quadrados da melhor forma possível.

No meio da história do CERENE, mais precisamente no dia 23 de junho de 1995 foi fundada a Cruz Azul no Brasil, dentro da Unidade de Blumenau. E a Cruz Azul se preocupa com a formação dos obreiros (colaboradores), lançando o “Curso de Capacitação para Agentes em Substâncias Psicoativas”. Todos os nossos funcionários receberam esse curso. A Cruz Azul Internacional tem 127 anos de experiência com problemas de droga, e trabalha em mais de 50 países no mundo. Essa parceria com certeza tem sido muito boa.

Apesar de todos os avanços científicos que temos obtido nessa área nós temos um trunfo melhor ainda, que é a palavra de Deus. Nós confiamos muito na palavra de Deus. Porque Ela muda pessoas totalmente. Por causa disso a palavra de Deus tem um espaço amplo nas nossas Unidades, e é parte fundamental na nossa terapia. Mais de 3000 residentes passaram pelas nossas Unidades e a muitos pôde ser ajudado, outros recaíram e voltaram novamente. As nossas Unidades estão abertas para pessoas que precisam de ajuda e nós da direção fazemos o que pudemos para ajudar.

No dia 30 de maio o CERENE comemorou 15 anos de fundação. Autoridades de todas as partes do Estado e também fora dele estavam presentes, e reconhecem o nosso trabalho em prol do povo brasileiro. Da mesma forma mais de 1200 pessoas se fizeram presentes, motivo que nos alegra muito, porque sabemos que tem muitas pessoas anônimas por detrás dessa grande obra.

Ainda temos muitos desafios, mas cada vez mais avançamos em estudos e pesquisas, assim como cada vez mais pessoas se aliam ao nosso trabalho, é uma corrente forte de pessoas

preocupadas com o grave problema da dependência química. Vamos continuar sonhando e agindo.

2.3.2 Contemplar das exigências legais

Em 30 de maio de 2001 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) do Ministério da Saúde publicou uma Resolução de sua Diretoria Colegiada – RDC n. 101, que foi divulgada no Diário Oficial um dia depois, 31 de maio de 2001. A mesma ficou conhecida por Resolução RDC ANVISA 101/01 e nela constam as “exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas”. (ver Anexo I)

Cabe ressaltar que a iniciativa da ANVISA é louvável, todavia é de conhecimento público que a maioria das Comunidades Terapêuticas estão aquém, muitas vezes muito aquém, das exigências mínimas exigidas pela RDC ANVISA 101/01. Em especial no que se refere à infra-estrutura física das Comunidades Terapêuticas e aos recursos humanos dos serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. (ver Anexo I, itens 5 e 6)

Poder-se-ia dizer que o nível exigido atualmente pela RDC ANVISA 101/01 está muito acima da realidade vivenciada pelas Comunidades Terapêuticas brasileiras, o mesmo não é diferente em Santa Catarina. Poucas Comunidades Terapêuticas atendem a mais de 75% das exigências, entretanto há um esforço considerável por parte do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) em parceria com os Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes (CONEN's e COMEN's) no intuito de qualificar estes serviços tão vitais à sociedade.

Considerando as exigências atuais, o CERENE é uma das CT do Estado de Santa Catarina, que mais se aproxima do ideal da Resolução, e destaca-se, conforme visto anteriormente, como uma das melhores CTs do Brasil e conseqüentemente do mundo. Entretanto, cabe salientar que, se essas exigências já estivessem em vigor em 1989 o CERENE nem ousaria iniciar suas atividades. Ainda hoje, apesar da ótima estrutura conquistada ao longo destes 15 anos de história, o CERENE tem dificuldades para adequação em alguns pontos específicos da resolução, em especial o exigido no item 4.1 da Resolução (ver Anexo 1) onde consta “contar com processo de seguimento para cada tratado, pelo período mínimo de um ano”; isto é, relatar os processos que foram adotados para acompanhar a evolução de cada ex-residente da CT no pós-alta, ao longo de um ano.

Muitas vezes, lamentavelmente, os contatos da CT junto aos ex-residentes que foram tratados nela se perdem. Os motivos são diversos, desde o desinteresse por parte do ex-residente em manter vínculos, como a falta de recursos humanos por parte da CT para atender efetivamente essa gama de indivíduos, que somente no caso da CT CERENE representam cerca de 3000 ex-residentes. Ao somar os co-dependentes (familiares, amigos e demais pessoas diretamente relacionadas) esse número sobe vertiginosamente.

A principal orientação que o CERENE procura incessantemente é reforçar para os residentes a importância de um grupo de auto-ajuda (AA, Amor Exigente, Grupo de Apoio Cruz Azul). Ao ministrar o seminário “Experiências práticas numa Comunidade Terapêutica²⁸”, o Sr. Hermann Hägerbäumer²⁹, afirmou, pautado em pesquisa realizada na Alemanha, dos ex-residentes de CTs que após o tratamento freqüentam regularmente um grupo de auto-ajuda 80% ficam abstinentes. Já dos ex-residentes que não optaram por nenhum grupo de auto-ajuda, somente 20% evitaram uma recaída. Todavia, o surpreendente é que a

²⁸ Realizado na cidade de Blumenau/SC, nos dias 26 a 28 de julho de 2000, perfazendo um total de 30 hs/aulas. Promovido pela Cruz Azul no Brasil em parceria com a Cruz Azul na Alemanha.

²⁹ Hermann Hägerbäumer é Secretário Geral da Cruz Azul na Alemanha [www.blaues-kreuz.de]

minoria dos ex-residentes frequenta um grupo de auto-ajuda. Parte disso se deve a falta de grupos de auto-ajuda devidamente organizados.

Frente a exposto, eis a resposta do Sr. Eberhard Russ, diretor do CERENE de Blumenau,

Nós temos um ótimo contato com inúmeros ex-residentes, mas isto se deve principalmente ao fato deles manter contato com o CERENE. São pessoas agradecidas, que retornam a casa [CERENE] para rever a nossa equipe e lembrar o marco que foi essa instituição para a vida deles [...] o CERENE não teria condições financeiras para manter um “departamento” que ficasse encarregado de telefonar, visitar, enfim acompanhar cada ex-residente, o próprio serviço no CERENE já consome 110% do nosso pessoal [...] com certeza esse trabalho seria importantíssimo e também forneceria dados sólidos para futuras pesquisas, mas é de se repensar a quem cabe fazer esse acompanhamento, porque não a Assistência Social de cada município de onde o residente é oriundo? É pra pensar né?!

Cabe destacar que o informatização desse sistema é relativamente simples, todavia, a operacionalização do mesmo demanda de muito recurso humano, e conseqüentemente de recurso financeiro. “Dizer para fazer é fácil, ajudar a fazer é outra coisa.” Complementa Russ. (o assunto é retomado no capítulo 4.2.4)

3 DADOS E FATOS

O presente capítulo visa apresentar um conjunto de dados e fatos sociais, econômicos, políticos e culturais e analisá-los de forma concomitante à luz de algumas contribuições teóricas.

Todos os dados apresentados nos gráficos deste capítulo são de pesquisas realizadas pelo CERENE, dessa forma espelham a realidade conjuntural vivenciada pelos DSPAs que residem ou residiram numa das Unidades CERENE. Julga-se que os dados refletem os percentuais vividos em outras Comunidades Terapêuticas. Também cabe lembrar que o CERENE atende exclusivamente residentes do sexo masculino.

Os demais dados e fatos são de pesquisas recentes que representam a epidemiologia das SPAs. A epidemiologia é, conforme BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTRO (1994) o estudo da distribuição dos estados ou acontecimentos relacionados à saúde de uma dada população.

3.1 Procedência dos DSPAs no CERENE

Diuturnamente os principais meios de comunicação (TV, rádio ou internet) divulgam matérias referentes a SPAs. Transpassa nessa comunicação uma certa onipresença das SPAs; isto é, “as drogas estão em toda parte”. A presença de drogas lícitas, tabaco e álcool, são inquestionáveis, todavia o que preocupa, é a presença das drogas tidas ilícitas que a cada dia proliferam mais e mais.

Catarina. O gráfico 6 se refere aos residentes que ingressaram no CERENE em 2003, mas cabe destacar que estes números são muito semelhantes ao ano de 2002.

O maior motivo da concentração de residentes catarinense se deve ao fato de que 3 (três) Unidades CERENE se localizam em Santa Catarina, a saber: CERENE Blumenau (56 vagas), CERENE Palhoça (36 vagas) e CERENE São Bento do Sul (16 vagas), enquanto que somente uma 1 (uma) Unidade CERENE fica fora de Santa Catarina, que é o CERENE Lapa (16 vagas). Além disso, a capacidade de vagas das Unidades em solo catarinense somam 87% das vagas (108/124 vagas).

Curioso é observar que CERENE Lapa atende mais usuários de Curitiba/PR do que de Lapa/PR, assim como o CERENE Palhoça atende mais usuários da vizinha Florianópolis/SC do que de Palhoça/SC da mesma forma o CERENE de São Bento do Sul que atende mais usuários de Rio Negrinho/SC, cidade vizinha de São Bento do Sul/SC. Somente o CERENE de Blumenau supera, expressivamente, em número de residentes os percentuais de suas cidades vizinhas.

Segundo Mário Hildebrandt³⁰,

O motivo dessa diferença de forma alguma é que Blumenau tem mais dependentes químicos que Jaraguá do Sul, ou então que em São Bento tem menos dependentes que em Rio Negrinho. O fato se deve principalmente as parcerias que são feitas com as Secretarias de Assistência Social de cada município. Por exemplo, com Rio Negrinho o CERENE tem feito um convênio, que garante *x* vagas a esse município. [...] Também tem muito o boca a boca, ex-residentes e/ou familiares destes que fizeram o tratamento no CERENE divulgam para os seus pares a nossa Entidade.

Apenas 4% dos residentes que ingressaram em 2003 no CERENE não são oriundos nem de Santa Catarina, nem do Paraná. Isto se deve principalmente a dois fatores: o alto custo de traslado e a opção de internação numa Comunidade Terapêutica mais próxima a cidade de origem do DSPA.

Já o local de instalação das Comunidades Terapêuticas é diversificado. Enquanto algumas se localizam no centro das grandes cidades, muitas se situam em terrenos de antigos

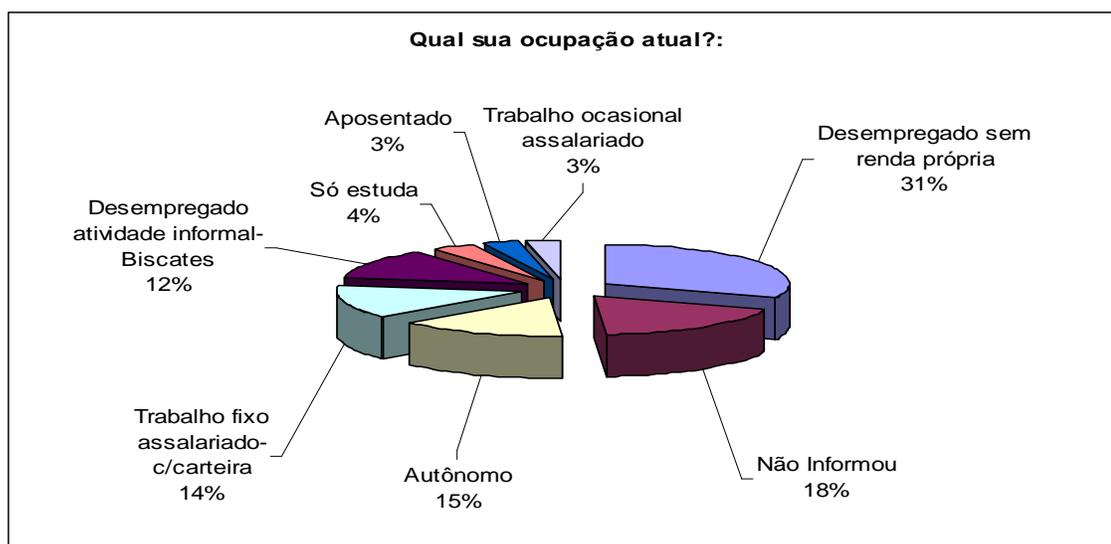
³⁰ Mário Hildebrandt é administrador e assistente social. Atua como Secretário Executivo do CERENE.

acampamentos, pousadas e fazendas em ambientes rurais. Convém destacar que o isolamento é fundamental para as CTs, visando assegurar aos residentes um ambiente seguro (isolado) do contato com as SPAs.

3.2 Ocupação dos DSPA anteriormente a internação no CERENE

No gráfico 7 faz-se necessário observar que a pergunta central é “Qual a sua ocupação atual?” com o intuito de remeter o residente a responder sua última atividade ocupacional antes de ingressar no CERENE.

Gráfico 7 – Ocupação dos DSPAs anteriormente a internação no CERENE



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBE BRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

Enquanto 43% dos residentes são desempregados - dos quais 72% (31/43) não possuem nenhuma renda própria e 28% (12/43) tem alguma atividade informal (“biscates”) -, apenas 14% dos residentes tinham trabalho fixo e assalariado registrado na carteira de trabalho.

Diversos institutos de pesquisa apontam dados de desemprego no Brasil, de acordo com Leonardo Secchi³¹:

segundo Dieese o desemprego no Brasil está por volta de 20% (eles tem uma metodologia), segundo IBGE o desemprego está por volta dos 12% (eles tem outra metodologia), segundo vários indicadores da comunidade acadêmica apenas 40% da PEA tem carteira assinada enquanto os outros 60% ou estão desempregados ou fazendo trabalhos sem carteira assinada.

Convém lembrar também que existe uma inter-relação entre o “mundo do trabalho” e o “mundo da dependência química”, o primeiro pode levar ao segundo. Existem três fortes motivos, relacionados ao mundo do trabalho, que levam o indivíduo ao consumo acentuado de SPAs: a falta de trabalho; o trabalho inadequado/estressante; e o medo de perder o trabalho (medo do futuro).

O primeiro motivo, “**a falta de trabalho**”, requer duas interpretações, a primeira, e mais contundente, é que na região em que o indivíduo reside não existe nenhuma vaga de emprego, as pessoas estão à mercê da própria sorte, desoladas e desamparadas. Lugares estes onde as políticas públicas de incentivo ao trabalho e renda são desconhecidas, e a proliferação da miséria é uma constante crescente, onde poucos têm muito e muitos têm pouco (SECCHI, 2002); a segunda interpretação é que existe a vaga de emprego, mas não há quem a possa ocupar, isto é, a mão-de-obra não é suficientemente qualificada para a necessidade local. Percebe-se nesse último caso a forte relação entre trabalho e educação (ver gráfico 8), segundo Andrade (*apud* HILDEBRANDT, 2003, p. 27) ao falar do processo de reestruturação produtiva:

A crescente incorporação de ciência e tecnologia ao processo produtivo e a exigência de funcionários mais flexíveis para atender aos objetivos da acumulação, fez com que a demanda por formação intelectual até então restrita a um reduzido número de funções, passe a ser exigida para o conjunto dos postos transformados pela reestruturação produtiva.

O segundo motivo, “**o trabalho inadequado/estressante**” é tão perverso quanto os demais motivos, e inevitavelmente contribui para o uso de SPAs. Situações nas quais se exige

³¹ Leonardo Secchi é professor do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Unochapecó. Mestre em Administração pela UFSC, cujo título da dissertação é “Alternativas de combate ao desemprego brasileiro: perspectivas partidárias comparadas”. (SECCHI, 2002)

uma produtividade incompatível com o perfil do funcionário são cada vez mais frequentes, por exemplo: a Sra. M. trabalhava no setor de *telemarketing* de uma grande empresa de telecomunicações, responsável pelo setor de chamadas 102, lhe era permitido “deixar um cliente na linha de espera” por um tempo máximo de 28 segundos. Após um ano, o setor de chamadas 102 passou a exigir dos funcionários que o tempo de espera fosse reduzido para, no máximo, 18 segundos. Em virtude disto, em menos de 1 ano, a Sra. M. teve gravíssimas conseqüências físicas e psicológicas. Em outras palavras, fora exigido da Sra. M. uma produtividade bem acima dos 100% de seu alto rendimento. Atualmente ela procura reparos na justiça do trabalho³².

Além dos inúmeros casos de “excessiva produtividade exigida” existem os diversos casos de “trabalhos desgostosos, desmotivadores e desestimulantes”, todavia a única opção para muitas pessoas. Conforme De Masi (1999, p.12)

Milhões de pessoas se desesperam por estarem excluídas do exercício de alguma atividade da qual, entretanto não gostam, que às vezes são aviltantes de tão inúteis, mas que as estatísticas oficiais consideram como trabalho. E têm bons motivos para desesperar, porque a organização social atual faz depender mesmo do exercício daquelas atividades, isto é, do trabalho, o direito de obter uma retribuição. Isto é, o direito de viver de um modo decente e independente, ter uma casa e filhos, ser bem aceito no convívio social.

Muitas vezes, o trabalho inadequado/estressante leva o indivíduo ao abuso de SPAs, no ambiente profissional o álcool continua sendo o maior vilão do absentéismo e de licenças médicas nas empresas, conforme pesquisa realizada no ano de 1993 pela Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP) que

[...] aponta que de 10 a 15% dos empregados tem problema de dependência e que esse abuso: é responsável por três vezes mais licença médica que outras doenças; aumenta em cinco vezes as chances de acidentes de trabalho; está relacionado com 15 a 30% de todos os acidentes de trabalho; é responsável por 50% de absentéismo e licenças médicas; leva a utilização de 8 vezes mais diárias hospitalares; leva a família a utilizar três vezes mais assistência médica e social. (SENAD, 1999, p. 14)

³² Exemplo adaptado da reportagem exibida em matéria televisiva divulgada no Jornal da RBS do dia 30 de abril de 2004. A matéria apontava para os danos causados no indivíduo que trabalha, por longo período, acima de sua capacidade produtiva.

Recentemente a estudiosa Carla Maria Wojcikiewicz Caldas Baumer defendeu sua dissertação intitulada “Fatores de risco do trabalho associados ao histórico de dependência ou abuso de substâncias psicoativas”³³ pela UFSC na qual contribui significativamente com a problemática da DSPAs, assim como o abuso de SPAs, no contexto trabalhista. E destaca dois teóricos de forte relevância:

Campana (1987) indica alguns fatores de risco para o alcoolismo no trabalho: a) acesso fácil ao álcool; b) pressão social para beber; c) ocupações que promovem afastamento social e sexual (como por exemplo os pescadores e petroleiros); d) falta de supervisão no trabalho; e) trabalhos que exigem alto ou baixo rendimento; f) conluio com colegas, paternalismo de chefias; g) ocupações que submetem o trabalhador a constante estresse; e h) pré-seleção de indivíduos com alto risco de desenvolver a dependência de substâncias psicoativas. Rehfeldt (1989) separa os fatores de risco do trabalho para o consumo excessivo de álcool nos seguintes aspectos: a) condições materiais de trabalho (trabalho físico e pesado, trabalho por empreitada, trabalho sob condições climáticas e ambientais adversas: poeira, calor, frio); b) organização do trabalho (trabalho noturno, em turnos, descanso semanal flutuante); c) situação social no local de trabalho (isolamento social, disputas de concorrência, baixo reconhecimento de méritos, perturbações interpessoais no local de trabalho); d) estresse (sobrecarga de trabalho, subcarga de trabalho, automatização e racionalização do trabalho, pressão por resultados que diminui a identificação do trabalhador com a tarefa, resultando em ausência de satisfação). (BAUMER, 2004, p. 8-9)

Percebe-se nitidamente que os motivos e fatores de risco para o consumo abusivo de bebidas alcoólicas, mas também das demais SPA, são inúmeros. Num mundo cada vez mais competitivo e imprevisível as relações de trabalho precisam ser reformuladas, de acordo com Paul Lafargue³⁴ citado por De Masi (2001) em “A economia do ócio”, afirma: “Uma estranha loucura tomou conta das classes operárias nas nações onde reina a civilização capitalista. Esta loucura trouxe consigo misérias individuais e sociais que há dois séculos torturam a triste humanidade” e complementa que esta mesma loucura leva “[...] até o esgotamento da energia vital do indivíduo e de seus filhos”.

³³ Dissertação em Psicologia, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, sob orientação do professor Dr. Roberto Moraes Cruz, 2004. Dentre as conclusões do estudo, a pesquisadora aponta que o consumo de SPA é diversificado em função das exigências e organização do trabalho peculiares a cada ocupação ou profissão específica. (BAUMER, 2004)

³⁴ Paul Lafargue (1841-1911), pensador francês, genro de Karl Marx, defende o direito ao ócio dos trabalhadores e oferece a todos uma idéia da vida como deveria ser, em seu clássico: “O direito a preguiça” [LAFARGUE, Paul. **O direito a preguiça**. São Paulo: Claridade, 2003] Também conhecido pelas suas “Orações capitalistas” [<http://www.aconfraria.com.br/confrades/confradeana16.htm>].

O terceiro motivo, “**o medo de perder o trabalho**” é altíssimo em diversos países do mundo, e não menos no Brasil. Dianni (2004) é contundente ao afirmar que:

A insegurança do brasileiro com relação ao trabalho aumentou [...]. [Segundo] pesquisa da CNI³⁵ (Confederação Nacional da Indústria), 56% das pessoas entrevistadas acreditam que o desemprego irá aumentar nos próximos seis meses e 40% estão com **muito medo de perder o emprego**. [...] No total, 63% dos brasileiros têm medo de ficar desempregados: 40% têm muito medo e 23% um pouco de medo. [grifo próprio]

E os reflexos desses indicadores sociais como motivadores intrínsecos a DSPAs são manifestos em diversos estudos, destaca-se a citação de Vasconcelos (apud HILDEBRANDT, 2004, p. 28)

[...] no Brasil, compõe o seguinte quadro social atual que repercute no campo da saúde mental como a *precarização geral do emprego*, como *medo* generalizado de *perda de emprego*, ao *desemprego aberto*, e desarticulação da perspectiva de futuro através da esperança de os filhos terem uma vida melhor mediante o investimento na formação e no trabalho. [...] *aumento da exclusão* e desfiliação social, principalmente da população jovem, muitas vezes associado à difusão das diferentes formas de dependência química, que pode aumentar o contingente da população de rua e da clientela potencial de serviços psiquiátricos. (Grifo nosso)

Frente aos motivos supracitados, percebe-se o quão necessário e importante é para cada cidadão ter um trabalho digno e seguro. O trabalho confere identidade aos indivíduos.

Ao abordar o problema da DSPAs diretamente vinculado ao ambiente de trabalho, percebe-se que as organizações, tanto públicas como privadas, estão gradativamente investindo mais em programas de prevenção do uso e abuso de SPA. Em folder próprio a Associação Brasileira Comunitária para a Prevenção do Abuso de Drogas (ABRAÇO), com sede em Belo Horizonte – MG, afirma que estatísticas recentes dos países desenvolvidos mostram que cerca de 25% dos acidentes de trabalho e 20% do absenteísmo³⁶ são devidos ao uso de drogas.

³⁵ A pesquisa da CNI é feita pelo Ibope a cada três meses com 2.000 pessoas e mede o índice de confiança dos consumidores. A margem de erro é de 2,2 pontos, para cima e para baixo.

³⁶ Em 1999, tive o privilégio de concluir meu TCE (Trabalho de Conclusão de Estágio) do Curso de Ciências da Administração da UFSC, na empresa Erich NETZSCH GmbH & Co.Holding KG (matriz do Grupo Netzsch - aproximadamente 1800 colaboradores em 24 países). Na ocasião abordei o tema: “Absenteísmo por motivo de doença”. Dentre muitos sub-temas foi abordado o “blau machen” (fazer azul), muito comum no meio empregatício - é quando o colaborador alega indisposição, mal estar, “doença” e não comparece ao trabalho. Dos dias de semana (segunda à sexta-feira) 26% das ocorrências de “blau machen” ocorrem na segunda-feira. Segundo os especialistas, se deve principalmente aos excessos cometidos no final de semana antecedente, sendo que a bebida alcoólica é uma das maiores causas desse tipo de absenteísmo. (FISCHER, 1999)

Dos 14% de residentes com carteira de trabalho assinada que são internados no CERENE, a ampla maioria recebe por parte da empresa a “última chance”; isto é, a empresa investe na recuperação do funcionário, reconhece que os serviços prestados pelo mesmo são valiosos, todavia, o abuso de SPA torna o mesmo profissional em um – muitas vezes – péssimo exemplo junto à comunidade (através de suas atitudes e, por vezes, serviços mal prestados) prejudicando substancialmente a imagem da empresa.

Conforme Eberhard Russ³⁷,

O CERENE tem constatado que muitos internos, que tinham um emprego fixo antes, e entenderam o ultimato da empresa – “olha amigo, ou você se trata no CERENE ou não vai mais dar aqui” [na empresa] tiveram uma ótima recuperação e hoje estão trabalhando na mesma empresa e são melhores funcionários que eram antes. Muitos chefes já falaram para nós o quão contentes estão em ter tomado a decisão de dar essa chance para seus funcionários [...] o custo para qualificar um bom funcionário, que conhece a empresa e já trabalha nessa por mais de 20 anos, é altíssimo comparado ao preço de um tratamento. Mas algumas empresas não tem essa visão, para elas o ser humano ainda é um apêndice como naquele filme do Charlin Charplin, uma pena! (Entrevistado ER)

Todavia o caso mais grave é quando o empregador é conivente com a dependência do empregado, e mais, torna proveito da situação. É um assunto bastante polêmico, e será abordado por Hans Georg Fischer³⁸,

Dependência química no trabalho não é uma coisa nova. Eu lembro dos meus tempos de menino na Alemanha, era comum os funcionários saírem das empresas, quando o serviço terminava, e ir para um bar. Isso também se repetiu na minha vivência na cidade de Pomerode – SC, onde vi muito isso acontecendo [...] e os chefes sabem disso, mas é visto como um “*Abendschnaps*” [happy hour], mesmo que diário, desde que o funcionário renda o suficiente no dia seguinte está tudo bom. [...] agora tem áreas, profissões, que o funcionário precisa estar sempre super atento ou então ter muitas idéias novas, como trabalhar numa bolsa de valores ou então numa empresa que faz campanhas de marketing. É sabido que algumas drogas “abrem a cabeça”, outras “permitem você trabalhar 48 horas sem parar, é o caso de alguns caminhoneiros, que usam “repites”, você está entendendo? Essas pessoas as vezes são “obrigadas” a usar drogas para se manter empregadas [...] na Alemanha se provada a convivência do empregador, a Empresa paga numa multa enorme, logo, as Empresas são obrigadas a denunciar funcionários dependentes químicos e encaminhá-los para o tratamento.

Em outras palavras, poder-se-ia comparar este funcionário a um atleta que pratica o *dopping*, ambos precisam de algo “extrafísico” para atingir resultados. E não são poucos os

³⁷ Eberhard Russ, psicoterapeuta. Trabalha no CERENE desde 1995 como diretor da unidade de Palhoça e a partir de 2000 assumindo o CERENE de Blumenau.

³⁸ Hans Georg Fischer, natural de Zotzenbach – Alemanha, formado em teologia pelo Seminário Tabor da cidade de Marburg. Reside no Brasil desde 1975, co-fundador do CERENE e presidente da instituição de 1989 até 2003.

que desesperadamente aceitam as drogas na falsa ilusão de estarem cometendo um “mal menor”. Novamente uma rigorosa legislação se faz necessária, do contrário o empregador inescrupuloso, obcecado pelo lucro, pode “usar e abusar” do funcionário até esgotá-lo, e a partir do momento que o retorno para a empresa não for mais conveniente (isto é, a dependência tomou conta) simplesmente lamenta o ocorrido e demite o funcionário por justa-causa, alegando que o mesmo era dependente químico e portanto inapto para com suas obrigações³⁹.

3.3 Nível de escolaridade por dependência

Partindo de uma visão holística, mais ampla, do problema da DSPAs, percebe-se que o eixo central da discussão não visa determinar se os DSPAs têm maior, menor ou equivalente nível de escolaridade, e sim, os efeitos que as SPAs causam no aprendizado do indivíduo.

Ao comparar a tabela 7 suprimida do IBGE/PNAD de 2001, levando em consideração a taxa de analfabetismo, com o gráfico 08, referente ao nível de escolaridade dos DSPAs do CERENE, percebemos que:

$$42\% + 14\% + 15\% \cong \frac{13,90\% + 13,64\% + 30,11\% \times (100 - 12,37)}{100} + 12,37\%$$

$$71\% \cong \frac{57,65\% \times 87,63}{100} + 12,37\%$$

$$71\% \cong 65,79\%$$

³⁹ De acordo com publicação no Boletim Informativo da OBID – “Alcoolismo crônico não é causa para demissão: O alcoolismo crônico não deve dar ensejo à demissão por justa causa. Sendo reconhecido formalmente pela Organização Mundial de Saúde – OMS, como doença e relacionado no Código Internacional de Doenças – CID - como ‘síndrome de dependência do álcool’, ao alcoolismo não se aplicaria o artigo 482 da Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, que inclui a 'embriaguez habitual em serviço' entre os motivos para tal. Este foi o entendimento adotado pela Subseção 1 Especializada em Dissídios Coletivos (SDI-1) do Tribunal Superior do Trabalho - TST, ao dar provimento a embargos em recurso de revista movido por um ex-funcionário do Banco Regional de Brasília - BRB.” (OBID, 2004)

71% dos residentes pesquisados no CERENE ainda não concluíram o ensino médio, enquanto que a média nacional em 2001 foi de 65,79%. É conclusivo afirmar que a falta de escolaridade não se limita aos DSPAs mas é característica mais geral da população brasileira.

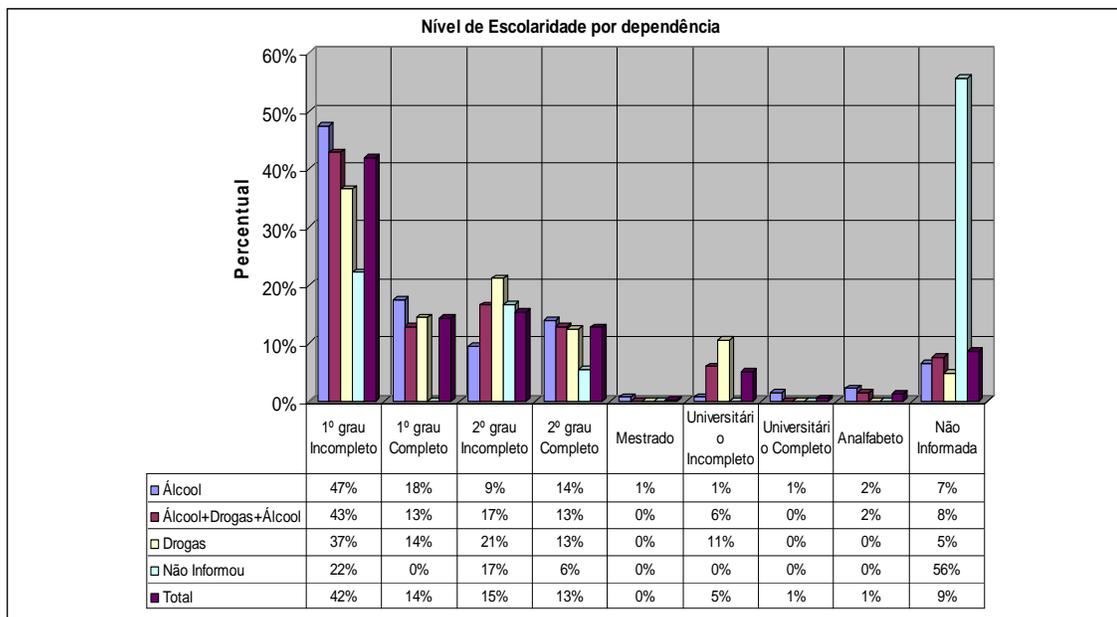
Tabela 7 – Níveis de escolaridade da população de 15 anos e mais [não contempla a taxa de analfabetismo]

UF	Tempo de anos estudados (%)				Total
	- de 1	1 a 3	4 a 7	8 e +	
Total	13,90	13,64	30,11	42,35	100,00
PR	12,17	13,56	29,04	45,23	100,00
SC	6,11	12,20	34,84	46,84	100,00
RG	7,02	12,10	38,32	42,56	100,00

Fonte: IBGE/PNAD, 2001. [http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/b02.def]

Já a taxa de analfabetismo no Brasil em 2001 foi de 12,37% da população de 15 ou mais anos (PR – 8,64%, SC – 5,94% e RS – 6,25%), segundo IBGE/Censo Demográfico 2000 e Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD 1997 a 1999 e 2001⁴⁰.

Gráfico 8 – Nível de escolaridade por dependência



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

⁴⁰ Para visualizar a tabela completa acesse o site <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2002/b01.def>

De acordo com Souza (2000) e De Leon (2003), dentre outros autores, as SPAs não escolhem classe social, grupo étnico, gênero, credo; elas estão por toda parte, e em todos os lugares.

Outro dado que atribui um índice inferior de escolaridade aos residentes do CERENE diz respeito, muitas vezes ao poder aquisitivo da família do residente. Conforme citado na introdução, a renda familiar da maioria dos residentes é muito baixa, de tal forma que os mesmos não tem recursos próprios para ajudar no custeio do tratamento.

Segundo Eberhard Russ,

A escolaridade da nossa turma aqui é baixa. Mas isso não quer dizer que o dependente químico é menos inteligente. Eu diria, se as drogas ainda não deixaram seqüelas profundas no raciocínio da pessoa, o que acontece muitas vezes, o dependente químico é talvez a pessoa mais esperta que tem. Sabe não é oito anos de escola, é experiência de vida, dura vida! [...] Comunidade Terapêutica é assim mesmo, e que bom que é assim, é claro que também tem pessoas ricas, mas a maioria é pobre, bem pobre. [...] vai para a Suíça numa clínica de reabilitação para quem tem 'dim-dim' e com certeza você terá um nível de escolaridade diferenciado, talvez lá teríamos 70% de doutores. Exagerando um pouco.

O recorte acima colabora com Souza (2000) e De Leon (2003). Agora, a questão central é que o uso de SPAs é, sem dúvida alguma, uma das causas de evasão escolar. As drogas podem interromper drasticamente ou então gradativamente a escolaridade do indivíduo.

Logo, pode-se afirmar, que o potencial do nível de escolaridade do DSPAs é reduzido, a exemplo dos demais motivos que levam a evasão escolar: desestruturação familiar, necessidade de complementação da renda familiar, repetência escolar, e alguns de extrema gravidade como o trabalho infantil e a prostituição (BUARQUE, CASTRO, AGUIAR, 2001)

No contexto sociológico cabe dar a esses indivíduos, em especial os adolescentes, que freqüentam as escolas tanto públicas como privadas, alguns elementos que lhes oriente de forma estratégica a dizer não as drogas. A Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital

Albert Einstein (SBIBHAE), aponta algumas estratégias na tabela 3.3.2 amplamente aceitas e recomendadas⁴¹.

Tabela 8 – Nove elementos estratégicos de prevenção em escolas

1. Modelo do amedrontamento Este modelo baseia-se em fornecer informações que enfatizam as conseqüências negativas do uso de drogas de modo dramático. A prevenção ao uso de drogas nestes moldes tem pouca eficácia, pois muitas vezes o medo parece ser um argumento pouco convincente frente ao suposto prazer que o adolescente atribui às drogas.

2. Educação para o conhecimento científico Propõe o fornecimento de informações sobre drogas de modo imparcial e científico. A partir destas informações os jovens podem tomar decisões racionais e bem fundamentadas sobre as drogas. Contudo, também precisamos fazer uma ressalva na utilização deste modelo. Informação em excesso e detalhista sobre os efeitos das diferentes drogas, também pode ter o efeito contrário do almejado: despertar a curiosidade e portanto induzir o uso de drogas. Lembramos que para prevenir o uso de drogas é preciso informar os jovens, mas também abordar e discutir o prazer que os jovens atribuem a mesma como uma forma de conscientizá-los e desmistificar algumas crenças e concepções a cerca dos efeitos do uso de drogas.

3. Treinamento para resistir Busca desenvolver habilidades para resistir às pressões do grupo e da mídia para experimentação ou uso de drogas. Para tanto, são desenvolvidos exercícios que treinam os jovens a recusar a droga oferecida.

4. Treinamento de Habilidades Pessoais e Sociais: Este modelo entende que o ensino de habilidades e competências como um fator de proteção necessário para lidar melhor com as dificuldades da vida. Também procura desenvolver competências mais gerais, tais como lidar com a timidez ou como desenvolver amizades saudáveis.

5. Pressão de Grupo Positiva Acredita que os próprios jovens podem liderar atividades de prevenção. Líderes naturais adolescentes são identificados e treinados por adultos para desenvolver ações preventivas.

6. Educação afetiva Defende que jovens emocionalmente e psicologicamente saudáveis correm menos riscos de ter um uso problemático de substâncias psicoativas. Este modelo visa o desenvolvimento interpessoal dos jovens estimulando e valorizando a auto-estima, a capacidade de lidar com a ansiedade, a habilidade de decidir e relacionar-se em grupo.

7. Oferecimento de alternativas Pretende oferecer alternativas interessantes e saudáveis ao uso de drogas, propiciando aos jovens possibilidades de lazer, prazer e crescimento pessoal. Exemplos dessas alternativas podem ser atividades profissionalizantes, esportivas, artísticas e culturais.

8. Modificação das condições de ensino Sugere a modificação das práticas educacionais, a melhoria do ambiente escolar, o incentivo à [sic] responsabilidade social, o comprometimento da escola com a saúde dos seus alunos, o envolvimento dos pais em atividades curriculares, e a inserção do tema no em sala de aula como atitudes importantes na prevenção ao uso de drogas. A participação autônoma das partes envolvidas é fundamental para a implantação e desenvolvimento de estratégias de prevenção efetivas. National Drug Framework of Australia [www.health.gov.au]

9. Educação para a saúde: Educar para uma vida saudável é a proposta central deste modelo. Assim, orientar para uma alimentação adequada, para atividades não propiciadoras de estresse, para uma vida sexual segura, para a prática de exercícios físicos, uso adequado de remédios e até para a escolha correta da pessoa que dirigirá o carro num passeio de grupo, compõem um currículo em que a orientação sobre os riscos do uso de tabaco, álcool e drogas também se faz presente. Muitas vezes são discutidos temas mais gerais, como meio ambiente, poluição e trânsito visando formar um estudante com consciência de algumas características problemáticas do mundo que o cerca e com capacidade de escolher uma vida mais saudável para si e sua comunidade.

Fonte: Meyer, 2003.

⁴¹ Para fazer prevenção em escolas não é preciso reinventar a roda, já existem modelos de prevenção pesquisados e sugeridos para o trabalho. Estes correspondem ao leque de estratégias que podem ser usadas para planejar e realizar atividades preventivas. A literatura sugere que os programas de prevenção mesquem as diversas estratégias para garantir uma diversidade de ações obtendo assim melhores resultados na prevenção ao uso de drogas. A escolha adequada de um modelo de prevenção se dará em função de uma série de critérios, tais como: a filosofia da instituição, do tipo de atividade, da população alvo, do local e de seus recursos e, principalmente, das necessidades daquela população. (MEYER, 2003)

3.4 Percentual de residentes por tipo de dependência

Um levantamento realizado em 107 cidades brasileiras, em 2001, pelo Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e pelo Centro Brasileiro de informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) avaliou o uso na vida e dependência de álcool e drogas em 8.589 entrevistados, considerando que a amostragem deste levantamento foi construída a partir das 107 cidades com mais de 200 mil habitantes, o que abrange 41,3% da população total do Brasil, ou seja, o equivalente a 47.045.907 habitantes, segundo o mais recente Censo Demográfico (IBGE, 2000), transformando-se desta forma num poderoso instrumento de trabalho e fonte de pesquisa.

O estudo apontou que as drogas legais são as mais consumidas. O uso de álcool *na vida* ficou em primeiro lugar e foi encontrado em 68,7% pela população brasileira, dos quais 11,2 % são dependentes desta substância. O tabaco aparece como a segunda droga mais consumida. O uso na vida desta substância foi encontrado em 41,1% da população, sendo que 9% já é dependente do tabaco. A droga que aparece em terceiro lugar é a maconha cujo uso, pelo menos uma vez *na vida*, foi relatado por 6,9% pessoas. A pesquisa revelou também dados significativos quanto ao uso indevido, sem receita e acompanhamento médico, de medicamentos para dormir, calmantes e xaropes: 3,3% da população brasileira já usou benzodiazepínicos⁴² e 2,0% xaropes⁴³.

⁴² “**Benzodiazepínicos** - São drogas tranquilizantes usadas contra a ansiedade e a insônia. O uso fora da medicina deve-se a seus efeitos relaxantes. O *diazepam* é um exemplo. O uso dessas drogas por mais de duas semanas pode causar dependência física. Os médicos deveriam prescrevê-lo para períodos curtos e em dosagem baixa. Após longo tempo de uso, a dose precisa ser reduzida gradualmente, para evitar sintomas de abstinência. Ao usá-la a pessoa fica mais tranqüila, mas ocorre uma depressão da atividade cerebral com indução ao sono, redução ao estado de alerta. A mistura com o álcool pode levar ao estado de coma. Além de sofrer dificuldades na aprendizagem e memória, o dependente passa a sentir muita irritabilidade, insônia excessiva, suor, dor pelo corpo todo. Casos extremos, provoca convulsões.” [www.cruzazul.org.br/drogas/B.htm]

⁴³ “**Xaropes** - Aparentemente inofensivos os xaropes e as gotas para tosse são poderosos alucinógenos. Isso porque contêm uma substância derivada do ópio, a codeína, e o *zipeprol*. Usada como droga, a codeína produz uma acentuada depressão das funções do cérebro, fazendo com que a pessoa fique apática, com a pressão sanguínea e os batimentos cardíacos muito baixos e a respiração fraca. O *zipeprol* faz com que o usuário sinta-se aéreo, flutuando, sonolento, vendo coisas diferentes, e freqüentemente leva à convulsão. Como é tolerado pelo organismo, os viciados em xaropes vão aumentando as doses cada vez mais, como forma de reagir aos sintomas

Por outro lado, a dependência destes medicamentos ocupa o terceiro lugar com 1,1% da população.

Os solventes⁴⁴ (ou inalantes), que incluem substâncias ilegais, como o lança-perfume e algumas outras substâncias vendidas para outras finalidades, como esmalte, cola de sapateiro, fluidos, tintas, etc, ocupam o quarto lugar para o uso na vida. Esta classe de substância foi utilizada por 5,8% dos brasileiros pelo menos uma vez na vida. A pesquisa revelou que 2,3% da população já fez uso de cocaína e 0,4% de *crack* ocupando o quarto e o lugar das drogas de maior dependentes no Brasil

Tabela 9 – Sinopse dos principais resultados do I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001.

% de uso na vida (9 drogas mais usadas)		% de dependentes	
Álcool	68,7	Dependência	Álcool 11,2
Tabaco	41,1		Tabaco 9,0
Maconha	6,9		Benzodiazepínicos 1,1
Solventes	5,8		Maconha 1,0
Orexígenos	4,3		Solventes 0,8
Benzodiazepínicos	3,3		Estimulantes 0,4
Cocaína	2,3	Usos na vida de	
Xaropes (codeína)	2,0	qualquer droga 19,4 %	
Estimulantes	1,5	(exceto tabaco e álcool)	

Fonte: I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil, 2001, p. 40.

Base: 8.589 entrevistados

de uma crise de abstinência. Esta dura de 10 a 15 dias e começa de 12 a 18 horas depois da última dose, causando insônia, irritabilidade, arrepios na pele, corrimento no nariz e nos olhos, cólicas e câibras, diarreias e vômitos. A pele fica fria e meio azulada, devido à respiração insuficiente. A pessoa chega a perder vários quilos num só dia. Há remédios que controlam esses sintomas da crise de abstinência, mas não da dependência psíquica.” [www.cruzazul.org.br/drogas/X.htm]

⁴⁴ “**Solventes (ou inalantes)** - os usuários de solventes procuram com a droga obter uma sensação de euforia que ocorre poucos minutos após a inalação. O efeito inicial é moderado. Para atingir uma euforia maior, o usuário precisa cheirar mais. Isso facilita a dependência. A maior parte das pessoas inala pequenas quantidades desse material sem saber, todos os dias. Ninguém imagina que possam ter efeito semelhante ao observado em drogas psicotrópicas. Essas substâncias voláteis estão na tinta, na gasolina, colas e fluidos de limpeza. O manuseio desses produtos não é perigoso. A situação muda quando a pessoa começa a inalar solventes com frequência. Quando inalados, provocam alucinações e sensação de bem-estar. Entre seus efeitos observam-se pupilas dilatadas, rubor e confusão. O uso constante leva a inflamação e feridas nas regiões bucal e nasal. É possível ocorrerem danos permanentes ao cérebro, fígado ou rins, bem como asfixia durante a inalação. Também são conhecidas como inalantes.” [www.cruzazul.org.br/drogas/S.htm]

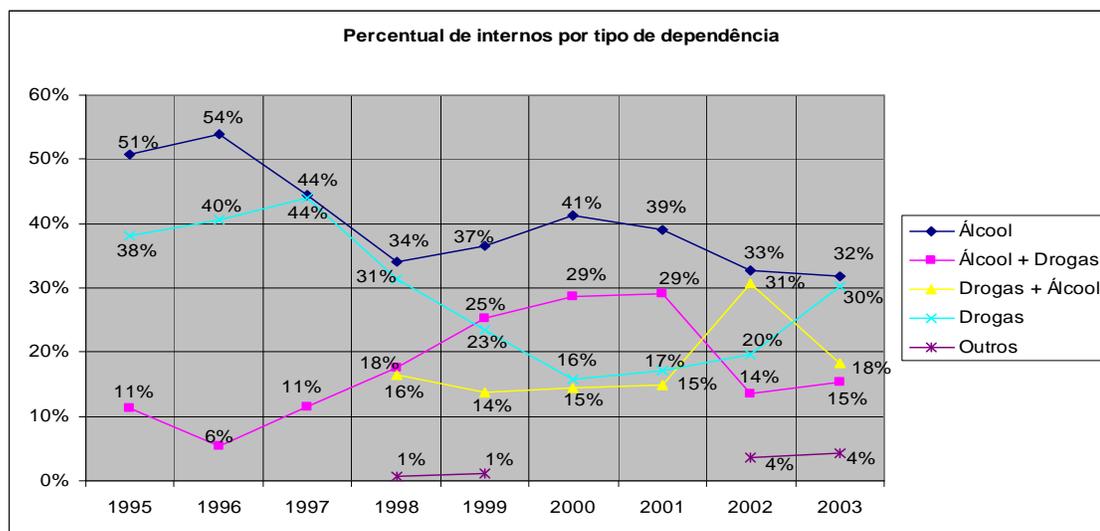
Já o gráfico 9 se limita em apontar o percentual de residentes do CERENE para cada tipo de dependência, e não apresenta a dependência do tabaco⁴⁵. Por drogas entende-se todas as drogas ilícitas, com exceção dos medicamentos (no gráfico 9).

Pode-se observar que no ano de 2003 os residentes no CERENE apresentaram percentuais semelhantes entre residentes exclusivamente dependentes de álcool (32%) e os exclusivamente dependentes das demais drogas (30%).

Um terceiro grupo igualmente expressivo é composto de residentes que tem “dependência casada⁴⁶”, isto é: drogas + álcool (18%) e álcool + drogas (15%), esse grupo soma 33% dos residentes no CERENE em 2003.

Preocupante é perceber o elevado número de usuários exclusivamente dependentes de drogas, reflexo, no caso do CERENE, da baixa idade de muitos residentes internados em 2003, os quais são dependentes de drogas fortíssimas, em especial a cocaína e o *crack*.

Gráfico 9 – Percentual de residentes por tipo de dependência



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBE BRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

⁴⁵ Segundo Pesquisa CERENE 2002, com 129 residentes, 63% afirmaram serem dependentes de tabaco, 22% não dependem do tabaco e 15% não informaram.

⁴⁶ Nas “dependências casadas” sempre predomina a primeira droga citada, isto é no caso álcool + drogas, significa que a dependência predominante/principal é o álcool.

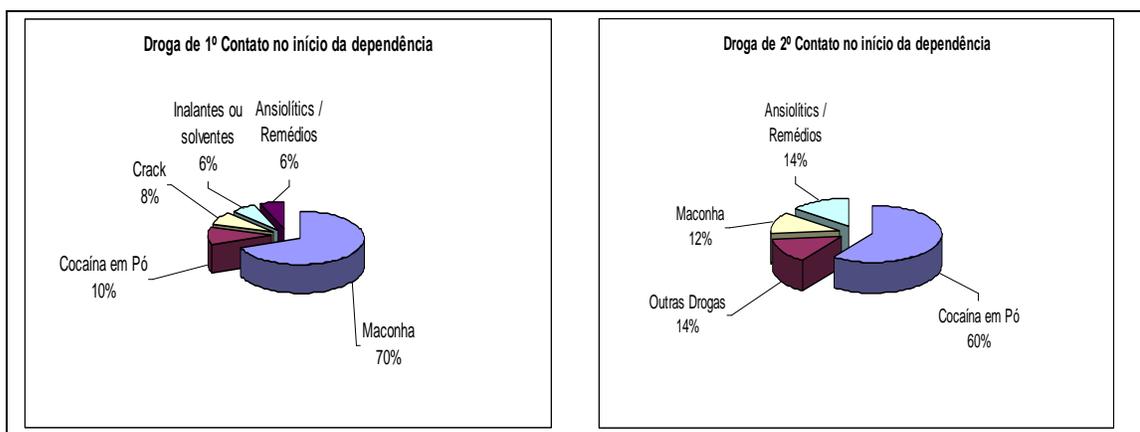
Já o gráfico 10 a seguir, aponta quais, das drogas ilícitas, foram experimentadas pela primeira vez pelo residente, e qual a segunda droga ilícita com a qual o residente teve contato primeiro. Percebe-se um dado contundente, a grande maioria dos residentes teve na maconha seu primeiro contato com as drogas ilícitas (70% dos entrevistados).

A maconha leva ao consumo de outras drogas?

Pesquisas entre estudantes do nível médio que usam drogas pesadas indicam que a maioria deles iniciou o uso de drogas pela maconha, antes de passar para outras substâncias (cocaína, anfetaminas, heroína). A maconha põe crianças e jovens em contato com pessoas que usam e vendem outras drogas além da maconha. Neste sentido, existe maior risco de que os jovens usuários de maconha estejam mais expostos e tenham maior tentação de provar outras drogas (SENAD, 2003, p. 13).

Segundo Hildebrandt (2003, p. 24) “nem todo usuário de maconha irá usar drogas mais pesadas, mas, a grande maioria dos usuários de drogas mais pesadas começou usando maconha”.⁴⁷

Gráfico 10 – Drogas de 1º e 2º contato no início da dependência



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

Num segundo contato, também apresentado no gráfico 10, predomina a cocaína, que por sua vez, tem um poder altamente avassalador.

Talvez a maior questão desse tópico deva se relacione com a maconha. Partindo do pressuposto que 6,9% dos que responderam ao “I Levantamento domiciliar sobre o uso de

⁴⁷ “O uso de maconha não é determinante no sentido de levar ao consumo de outras drogas mais fortes, mas pode ser um dos fatores de risco que tornam a pessoa mais vulnerável a buscar novas substâncias que venham a prejudicar sua saúde e sua vida.” [http://200.152.193.254/novosite/atualizações/os_043.htm]

drogas psicotrópicas no Brasil” afirmaram que já consumiram maconha pelo menos uma vez *na vida*, ter-se-ia proporcionalmente um número de 7.859.970 brasileiros (6,9% dos 100% conforme IBGE, 2000).

É assombroso constatar que estatisticamente praticamente 8 milhões de brasileiros já experimentaram a maconha. Uma droga ilícita, com “ares de romantismo”, que todavia tem servido comprovadamente como “portão de entrada” para drogas mais pesadas⁴⁸. E diga-se de passagem que a maconha dos dias de hoje, é de até 16 vezes mais nociva que a dos “ares de romantismo” do tempo dos *anos 60*.

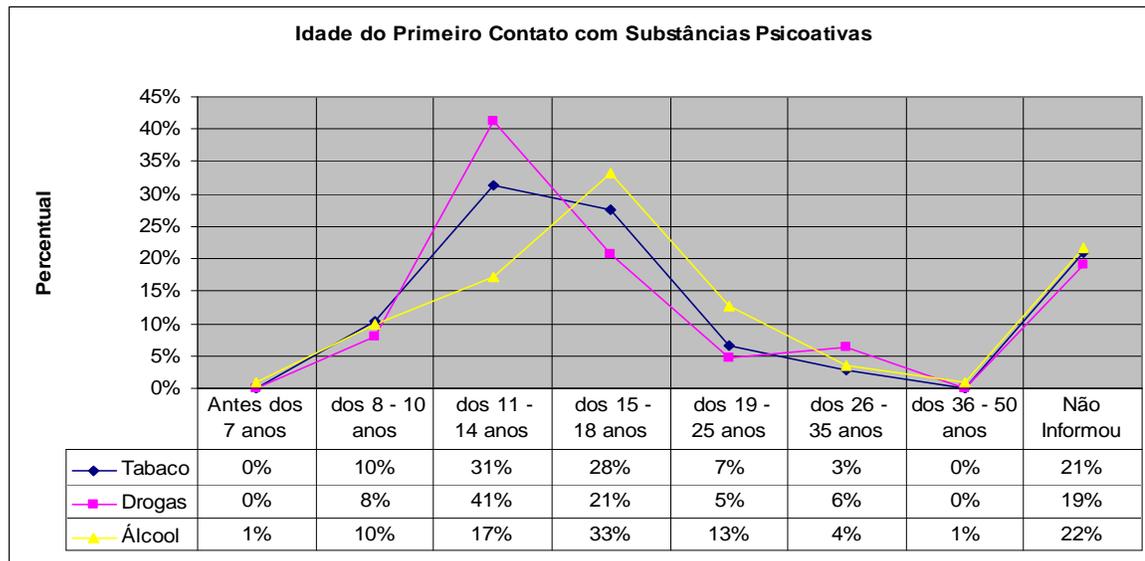
3.5 Idade do primeiro contato com as SPAs

O gráfico 11 aponta a idade do primeiro contato com SPAs dos residentes do CERENE entrevistados na “Pesquisa Perfil social, econômico e familiar, 2002”. Os resultados mostram que 50% dos residentes afirmam ter tido o primeiro contato com o álcool antes dos 15 anos de idade, 43% o tabaco, e assustadores 59% as drogas, lembrando que todo indivíduo menor de 18 anos sequer deveria ter acesso às drogas lícitas, muito menos das ilícitas.

Ao aumentar a idade para 18 anos, percebe-se que praticamente 90% dos residentes já fizeram uso tanto do álcool, do tabaco, como da droga⁴⁹.

⁴⁸ Esse número é ainda mais assustador nos Estados Unidos onde 34,2% das pessoas já fizeram uso da droga, significa dizer que um terço de cada americano já experimentou a maconha. No Reino Unido (25,0%), Dinamarca (24,3%), Espanha (22,2%) e Chile (16,6%) (I LEVANTAMENTO DOMICILIAR SOBRE O USO DE DROGAS PSICOTRÓPICAS NO BRASIL, 2003, p. 40)

⁴⁹ O artigo de *Pechansky, Szobot e Scivoletto* (2004), “Uso de álcool entre adolescentes”, aponta de forma enfática a controvérsia do tema, enquanto a lei brasileira proíbe a venda de drogas lícitas para menores de 18 anos, é prática comum junto de muitos adolescentes.

Gráfico 11 – Idade do primeiro contato com as SPAs

Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

A bebida alcoólica é geralmente a primeira substância com que o jovem trava contato e seu consumo é estimulado pela sociedade. Por diversos anos, acreditava-se que o consumo de maconha era o primeiro estágio da dependência química. As recentes pesquisas, porém, descartam essa tese, batizada de “Teoria da Escalada”. O resultado dos estudos e a própria experiência dos médicos demonstram que o problema começa no consumo exagerado de bebidas alcoólicas.

Em entrevista à repórter Ligia Formenti, o professor Arthur Guerra de Andrade, chefe do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas (Grea), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de São Paulo, enfatiza: “Não há dúvida de que a porta de entrada da dependência é o álcool”. Complementa Formenti ([200?]) “Como a bebida é socialmente aceita, as doses a mais raramente são consideradas um problema, mas apenas um deslize passageiro. Esse desprezo é incorreto e perigoso, garantem especialistas. Principalmente quando o exagero ocorre na adolescência.”

Na mesma reportagem, Ligia Formenti cita a pesquisa realizada pela professora Sandra Schivoletto, em São Paulo que indica, “Pelo levantamento, o contato com a bebida

ocorre, em média, aos 11 anos. O cigarro vem depois, aos 12 anos. A média de idade para o primeiro uso de maconha é de 13 anos e o da cocaína, 14 anos.” (FORMENTI, [200?])

Frente a esse tema Eberhard Russ desenha um quadro, em partes pitoresco, mas ao mesmo tempo tão sincero que merece profunda reflexão:

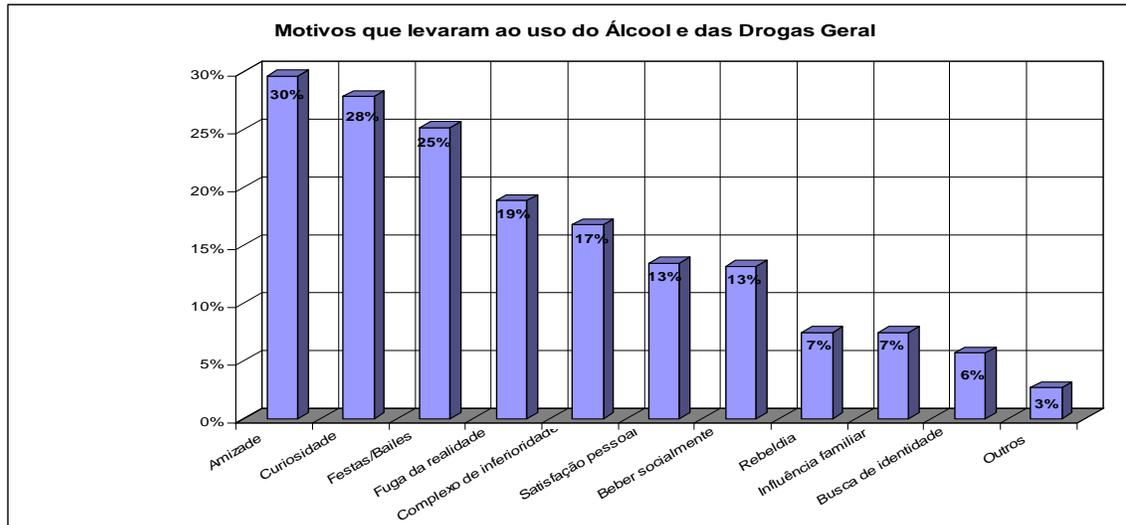
Nos assustamos muito ao perceber que os jovens hoje em dia bebem cada vez mais e cada vez mais cedo [...] eu quero dar um exemplo forte, imaginem um lindo sábado à tarde, “Rio 40 graus”, e o pai do Joãozinho sentado à mesa, repleta de cerveja, com os amigos após um gostoso jogo de futebol. A carne está na brasa... quando de repente Joãozinho toma coragem e pede para o pai dele: - “Pai posso experimentar a cerveja!”, talvez com o *slogan* “experimenta, experimenta, experimenta” em seu singelo subconsciente infantil. O pai prontamente responde: - “Joãozinho, quando você crescer você pode experimentar”, em meio a gargalhadas dos amigos do pai... em outras palavras, cerveja é pra gente grande... Gente! Eu não preciso perguntar duas vezes, o que uma criança quer ser. É crescer! Ser grande! Poder fazer tudo. E não se iluda, quando o Joãozinho tiver a primeira oportunidade para mostrar que já é grande o suficiente, ele vai agarrá-la pra valer. E muitos Joãozinhos nessa vida, não conseguiram mais soltá-la.

No item 3.6, a seguir, que trata dos motivos que levaram ao uso do álcool e das drogas em geral, esse assunto será tratado especificamente, fica aqui simplesmente o registro de que o poder de persuasão sobre a criança e o adolescente é muito grande, ocorre de forma direta ou indireta.

Os adolescentes naturalmente vivem num contexto de experimentação, é por essa razão fundamental redobrar os cuidados nesse período da vida.

3.6 Motivos que levaram ao uso do álcool e das drogas em geral

São muitos os motivos que levam ao uso de SPAs, nos adolescentes destacam-se: aspiração da condição de adulto (a droga é vista como símbolo de maturidade), independência do domínio parental (a droga é vista como facilitadora do processo), aceitação pelo grupo de amigos, redução do estresse, fuga e rebelião contra o sistema; busca pelos limites das suas capacidades cognitivas, curiosidade, para dar coragem, dentre outros (JUNKES, 1997; PARREIRAS e GONÇALVEZ, [200?]; GALDURÓZ et al, 1997; SOUZA, 2000)

Gráfico 12 – Motivos que levaram ao uso do álcool e das drogas em geral

Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

Na matéria da Edição Especial Jovens, da revista *Veja*, de julho de 2003, intitulada “Por que é difícil dizer não as drogas” consta que, de acordo com estudo do Grea “a curiosidade é a motivação que leva nove em cada dez jovens a consumir drogas pela primeira vez. Em seguida vem o desejo de se integrar a algum grupo de amigos”.

Como abordado no item 3.5 o jovem, em especial no período da adolescência, de fato tem um anseio maior por experimentar “coisas novas”, descobrir o mundo, moldar sua própria “*Weltanschauung*” (“Visão de mundo”). A curiosidade efetivamente é o primeiro motivo, mas geralmente vem associado a outros.

Galduróz et al (1997) entrevistaram 467 adolescentes de seis capitais brasileiras (São Paulo, Porto Alegre, Fortaleza, Rio de Janeiro, Recife e Brasília) perguntando o motivo que os levou ao primeiro consumo de drogas. Obtiveram resposta de 344 adolescentes, dos quais somente 13 responderem ser o motivo “deu vontade” (3,78%). A maioria apontou como motivo “acompanhar o grupo/amigos” (54,95%).

É inevitável supor que além da pressão social que o grupo exerce, o mesmo também desperte a curiosidade do principiante, logo, um motivo leva ao outro, lamentavelmente agregando valor destrutivo. (TIBA, 2003)

O gráfico 12 aponta os principais motivos que colaboraram para o uso de SPAs segundo os residentes do CERENE que participaram da pesquisa: **festas e bailes** (25%) – descreve um local, detalhes no gráfico 13, que segundo os respondentes motivou ao uso de SPAs, em especial para desinibir e “esquentar” o corpo; **fuga da realidade** (19%) – remete ao isolamento, ao inconformismo: consigo mesmo, com Deus e com o mundo; **satisfação pessoal** (15%) – é precisar da droga para ter sensações agradáveis, assim como a **rebeldia** (7%) e **busca de identidade** (6%) – motivos muito próximos e bastante comuns principalmente na adolescência.

Num contexto sociológico, deve-se incluir o relapso de muitos pais, que delegam a educação de seus filhos a terceiros (escola, amigos, instituições), não tem canais de dialogo estabelecidos, e tampouco demonstram amor sincero aos filhos. Estes, por sua vez, desgarrados, desamparados, procuram acolhida muitas vezes nas drogas. São muitos os casos, onde os próprios pais são dependentes químicos e indiretamente, por vezes diretamente, influenciam negativamente seus filhos ao uso e conseqüente abuso de SPAs.

Tabela 10 – Fatores que motivam o dependente químico a buscar tratamento

- ✓ Aparecimento de complicações clínicas ligadas ao consumo de drogas;
 - ✓ Após experimentar complicações agudas (“porre”, overdose);
 - ✓ Preocupação com os danos futuros que o consumo poderia causar;
 - ✓ Reações sociais ao consumo (por exemplo demissão do trabalho);
 - ✓ Piora do relacionamento familiar, em especial do casamento;
 - ✓ Envolvimento do usuário com a religião;
 - ✓ Por pressão de pessoas que o usuário gosta muito (familiares, amigos);
 - ✓ Desejo de se aproximar de pessoas que não usam (amigos, paquera);
 - ✓ Necessidade de mostrar para si um autocontrole sobre o consumo;
 - ✓ Por razões econômicas ou problemas financeiros;
 - ✓ Para dar exemplo a outros (filhos, irmãos mais novos);
 - ✓ O lado negativo da vida nas ruas (violência, mendicância);
 - ✓ A sensação de não agüentar mais conviver com as crises de fissura;
 - ✓ Mudanças no estilo de vida e o surgimento de novas situações (um novo namoro, emprego, oportunidade social) que são incompatíveis com o consumo de drogas.
-

Fonte: SBIBHAE, [200?]. [http://200.152.193.254/novosite/tratamentos_procura.htm]

As Comunidades Terapêuticas procuram arduamente (re) estabelecer parâmetros de conduta fundamentais para o ser humano. Áreas da vida de uma pessoa que foram destruídas

em pouco tempo pelas SPAs precisam as vezes de muito tempo para serem “curadas”, em alguns campos, as cicatrizes jamais desaparecerão.

É interessante observar a tabela 10 que aponta alguns motivos levam o dependente químico ao tratamento, é um caminho, em partes, inverso. Ele descobre que os valores prometidos pelas drogas agora lhe pesam um fardo insuportável, e a clamor para voltar a ver-se livre delas é enorme.

Praticamente todos os relatos dos residentes em Comunidades Terapêuticas e demais clínicas, cuja internação é prioritariamente por adesão; isto é, o residente participa do tratamento por livre opção, apontam um ou mais motivos apontados na tabela 3.6.1 como norteadores de sua decisão em aceitar um tratamento.

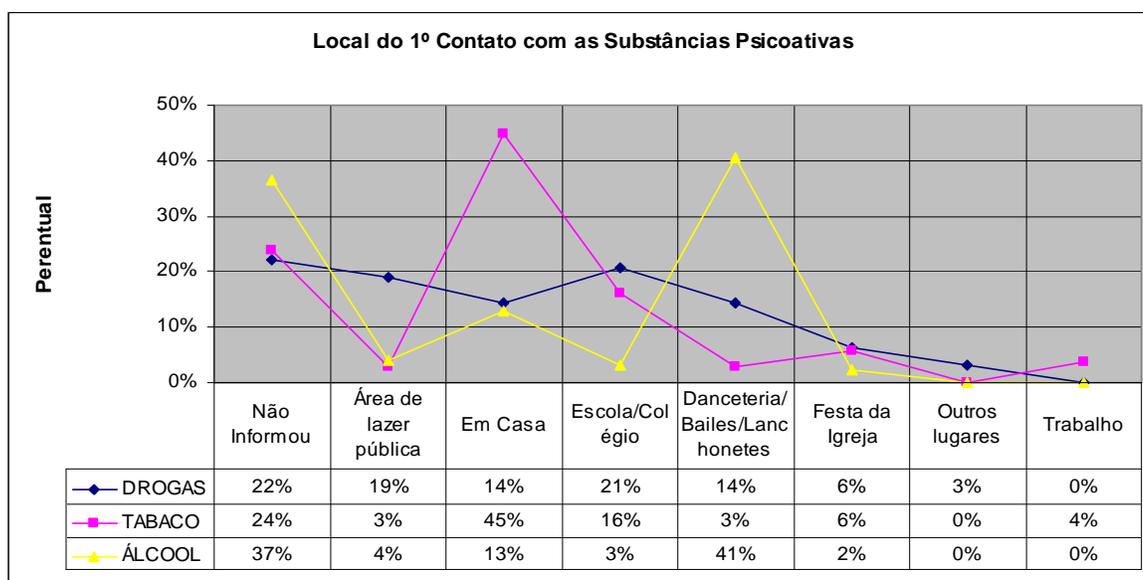
3.7 Local do primeiro contato com as SPAs

Para melhor compreensão do gráfico 13, recomenda-se uma releitura do gráfico 11 referente à idade do primeiro contato com as SPAs, ao apontar que 90% dos residentes tiveram o primeiro contato antes dos 19 anos de idade. Sistemáticamente o local do primeiro contato com as SPAs se potencializa em lugares freqüentados por adolescentes.

O adolescente não está preparado para o processo de seleção social que o adulto geralmente faz. Não tem a habilidade de estabelecer-se no círculo social que lhe conviria mais. Daí a influência que sofre do grupo ou turma de adolescentes que com ele convivem. Os pais não tem controle sobre as escolhas dos grupos de amizade de seus filhos. Muitas vezes um adolescente se integra a um grupo que muitas vezes não poderá livrar-se com facilidade. Ao entrar na adolescência, muda-se para um mundo além do lar, onde precisa encontrar seu lugar. Procuram fazer parte de um determinado grupo, onde vão desenvolver maneiras específicas de se vestir, falar e namorar, que são marcas de sua identificação. É certo que a aceitação, a aprovação e a pressão dos companheiros são forças poderosas e significam mais para o adolescente do que os desejos e recomendações dos pais e professores (VIZZOLTO apud HILDEBRANDT, 2003, p. 28).

O local do primeiro contato com as drogas⁵⁰, para muitos residentes está associado ao “começo de uma desgraça”, não surpreende ser esta a pergunta com um dos maiores percentuais de respostas em branco (“não informou”), chegando a 37% no caso do álcool.

Gráfico 13 – Local do primeiro contato com as SPAs



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 129 entrevistados

Ao desconsiderar as respostas em branco, se obtêm que aproximadamente 65% dos residentes tiveram o primeiro contato com o **álcool** em “danceteria/bailes/lanchonetes” e praticamente 21% “em casa”. No caso do **tabaco** 60% dos residentes deram sua primeira tragada “em casa” e 21% na “escola/colégio”⁵¹, por sua vez as **drogas** ilícitas foram experimentadas na “escola/colégio” e “área de lazer pública”, 27% e 24% respectivamente.

⁵⁰ Fatores Situacionais-Ambientais: O contexto ou ambiente físico e social também influencia as expectativas sobre os efeitos de uma droga. Em nossa sociedade, associamos certos contextos com efeitos específicos de uma droga. Em bares e clubes pequenos, por exemplo, presumimos que a bebida melhorará os pensamentos e sentimentos românticos, possivelmente facilitando a excitação sexual e as conquistas amorosas. Em comparação, a ingestão alcoólica em eventos de competição esportiva (futebol, etc.) freqüentemente está associada com surtos de violência. Fumar maconha em uma festa supostamente melhora o prazer com a música e conversas-“cabeça” para muitas pessoas. [...] As pesquisas realizadas por Pliner e Cappell (1974) mostraram, por exemplo, que os efeitos da bebida variarão, dependendo do fato de aquele que bebe estar sozinho ou interagindo em uma situação social. (MARLATT e GORDON, 1993, p. 129)

⁵¹ O Estado de Santa Catarina da LEI Nº 12.948, de 11 de maio de 2004, procura amenizar o problema das drogas nos estabelecimentos de ensino. (ver anexo F)

Todos os lugares especificados são espaços sociais, com os quais o indivíduo convive, na maioria diuturnamente. Evidentemente a principal responsabilidade cabe aos familiares, pois o reflexo dessa falta de cuidado são os altos percentuais obtidos “em casa”.

Problemas familiares são um dos fatores mais frequentes apontados por psicólogos e psiquiatras como desencadeante, mantenedor e agravante do problema do vício de drogas.[...] estruturas familiares facilitadoras que vacilam entre uma forma intrusiva e superprotetora de um pseudo-amor e uma rejeição [...].A preocupação exagerada dos pais com o sucesso pessoal e prestígio [...]. O hábito dos pais e de outros familiares de se refugiarem nas drogas frente ao menor sofrimento [...]. (Grifo nosso) (VIZZOLTO; SEGANGREDO apud HILDEBRANDT, 2004, p. 36)

Outro agravante facilitador do primeiro contato com SPAs é a negligência dos órgãos de Segurança Pública no Brasil que na maioria das vezes permite o fácil acesso às drogas. É comum encontrar adolescentes em casas noturnas, consumindo produtos alcoólicos em bares e restaurantes, “queimando uma erva” com seus colegas no estádio de futebol ou na praia. A fiscalização é ínfima, e será que a própria legislação não estaria influenciando o consumo de drogas?

De forma contundente, o professor Ronaldo Ramos Laranjeira da UNIAD/UNIFESP, em artigo publicado pelo Boletim da ABEAD,⁵² intitulado “Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida”, contextualiza a importância de políticas claras e objetivas, com reflexos numa legislação que atende os anseios da coletividade e não apenas de interesses mercadológicos, existia o tempo em que:

Muitos governos chegavam mesmo a estimular o consumo do fumo, estimulados pelos ganhos com impostos. Levou-se mais de quarenta anos para os países desenvolvidos identificassem os males causados pelo fumo de uma forma definitiva e outros vinte anos para implementar políticas que pudessem começar a reverter a situação. Esta lentidão em reconhecer danos em algumas situações sociais faz com que mudanças no status de qualquer droga, e principalmente quando um aumento de consumo seja uma das possibilidades deva ser encarada com extremo cuidado.

Um dos motivos que dificulta a ação da sociedade é um excesso de retórica que ocorre em relação ao problema. Podemos notar que cada droga existente produz a sua própria retórica. Por exemplo, no caso recente da maconha no Brasil tem sido comum utilizar-se uma retórica na qual o uso desta substância estaria relacionado com a liberdade e os direitos do cidadão em usar qualquer droga e que não seria função do estado interferir neste comportamento. Um excesso de controle do estado iria contra os direitos da pessoa. Por outro lado o cigarro inspira outro tipo de

⁵² O artigo “Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida” está disponível, na íntegra, nos sites da ABEAD [<http://www.abead.com.br/asp/politicas.asp>] e da UNIAD [www.uniad.org.br/docs/maconha/LegalizacaoXRacionalidade.pdf]

retórica onde busca-se estimular uma ação estatal em controlar o abuso das companhias de cigarro. Esta retórica pode mudar de país para país de acordo com o seu momento histórico. Na Suécia, por exemplo, recentemente tem sido usada uma retórica na qual a propaganda de cigarros seria uma afronta à liberdade individual. Deixar crianças e adolescentes serem expostos à propaganda mentirosa do fumo seria uma forma bárbara de primitivismo social. (LARANJEIRA, 1995, p. 1)

E as retóricas não param por aqui, existem os da “tribo da paz” que julgam ser perfeitamente compatível viver em harmonia com as drogas, outros vislumbram uma nova sociedade que terá, por avanços tecnológicos e biomedicinais, o controle pleno sobre efeitos colaterais das drogas, vislumbrando maximizar o prazer das mesmas e eliminar a dor – remetendo-se ao hedonismo clássico de Bentham; e não menos numerosos os que vêm nas SPAs a própria personificação do “mal”, justificando até mesmo a pena de morte aos que delas fazem uso.

A tendência mundial é por exemplo tornar progressivamente o álcool e o fumo mais próximo de uma proibição, ou de controles sociais mais rígidos, através de leis e restrições ao uso das mais variadas. No caso da maconha não existe uma tendência mundial nítida, com alguns países adotando penas mais leves ou um grau maior de tolerância, mas em nenhum lugar legalização aberta. O caso das drogas mais pesadas como heroína e cocaína a tendência é marcante em relação à proibição. O fato de existir políticas diferentes para drogas diferentes é muitas vezes apontado como hipocrisia social. Na realidade esta deveria ser uma atitude pragmática de uma sociedade que queira efetivamente responder ao problema das drogas. Uma política de drogas baseada em resultados e não em retórica e debate ideológico deveria ser julgada pelo seu efeito na diminuição do custo social de todas as drogas e não somente de uma droga específica. (LARANJEIRA, 1995, p. 2)

Diversos órgãos de pesquisa, NIDA, RAND dpcr, CTCR, CEBRID, dentre outros, já tem elementos suficientes para afirmar categoricamente que o custo direta e indiretamente relacionados somente as drogas lícitas (tabaco e álcool) é substancialmente maior para o Estado do que os benefícios fiscais que ele recolhe junto aos fabricantes. (Esse assunto será retomado no item 3.9).

No artigo *“Drugs and the Law: a psychological analysis of drug prohibition”* MacCoun (apud LARANJEIRA, 1995) mostra alguns “controles sociais informais” que segundo o autor conteriam o consumo de drogas, onde destaca: estigmatização do usuário; o efeito “fruto proibido” – o usuário estaria fazendo algo de muito mal; assim com o próprio medo da prática de uma atividade ilegal.

Laranjeira (1995, p. 3) complementa:

A abolição das leis proibindo o consumo teria um efeito dramático em vários desses fatores (estigmatização do uso, medo de atividades ilegais, o efeito fruto proibido, e efeito simbólico geral da proibição), diminuindo portanto uma série de impedimentos para o consumo. O mais importante neste estudo acima é que as evidências mostram que a abolição das leis teria um efeito maior nas pessoas que comumente não consomem drogas, potencialmente levando um maior número de pessoas a experimentarem e a tornarem-se usuários regulares ou esporádicos. Por outro lado os estudos mostraram que quanto maior o envolvimento com drogas menor seria o impacto das leis em deter o consumo. No entanto a lei serve para deter um número substancial de pessoas de usar as drogas. Esse estudo mostra que qualquer efeito dramático no status legal de uma droga é desaconselhável pois as conseqüências são literalmente imprevisíveis com uma nítida tendência a um aumento do consumo devido a falta de controles sociais disponíveis na falta de leis muito claras. [...] O desafio de uma política de drogas é buscar o balanço certo para cada droga, mas sempre visando uma diminuição global do consumo. A melhor atitude social seria de uma tolerância contrariada com as drogas, sem um fervor ideológico mas com um pragmatismo afiado e persistente. Corremos o risco no Brasil de que o debate da legalização de drogas vir a ocultar as reais questões relacionadas com uma política de drogas racional e balanceada. Podemos ficar anos num debate ideológico improdutivo onde as pessoas defenderão a favor ou contra a legalização de uma droga específica com grande paixão e pouca informação.

Esse cenário fica ainda mais nebuloso quando deparados com os grandes centros de formação, em especial as nossas universidades, que visam dar subsídios tanto políticos como ideológicos aos jovens que nelas ingressam todos os anos, se percebe que a droga é venerada e defendida arduamente por diversos estudantes, servidores e professores⁵³.

3.8 Comprometimento legal

Muitos residentes de CTs têm históricos de atividades criminosas ou de problemas com a justiça. Conforme De Leon (2003, p. 68) “O grau e a gravidade desses problemas

⁵³ Ao ingressar na universidade em 1995, calouro do curso de Administração da UFSC, participei de uma promoção feita na época, onde os calouros podiam visitar, de graça, a Ilha de Anhatomirim. Nessa viagem duas coisas me marcaram, pela primeira vez vi pessoalmente jovens fumando maconha (estudantes, calouros, da minha idade, que ingressaram no curso de Biologia naquele mesmo ano), me ofereceram e eu educadamente disse que as drogas, tanto lícitas como ilícitas, não fazem nem farão parte da minha vida. Quando, num segundo episódio, me assustei com o comentário de um servidor que nos acompanhava naquele passeio, em palavras mais ou menos assim: - “o que?: você nunca fumou nem bebeu? Bem vindo à universidade, eu duvido que daqui a 5 anos você ainda pense assim... vem falar comigo daqui a cinco anos, e aproveita a vida garoto!”. Os 5 anos se passaram, agora já são quase 9 anos desde aquele dia, nunca mais reví aquele servidor, mas percebi como a educação que recebi dos meus pais foi e é preciosa. Vale destacar o louvável empenho dos diversos grupo da UFSC – GAM, GAEPD e GEPAL – que atuam junto ao SANPs.

revelam o ponto até o qual o indivíduo está imerso num estilo de vida anti-social no tocante a seu comportamento, seus valores e suas afiliações”.

O mesmo autor aponta dois grupos predominantes,

Alguns residentes tinham um comportamento e uma perspectiva anti-social antes de se envolverem com drogas. [...] Suas atividades criminosas podem ou não estar ligadas às drogas e podem incluir violência (por exemplo, assassinato, agressões, assalto a mão armada, estupro) e associações com más companhias (gângues). As atitudes identificadas nesse grupo são a revolta e o cinismo; sua capacidade de lidar com problemas ou obter vantagens pessoais vão da violência, ameaças e intimidações (criminosos contumazes) à exploração, manipulação, mentira e ao “levar no bico” (comportamento “típico do drogado”). Suas imagens sociais (por exemplo, o machismo, a competência criminosa) transmitem invulnerabilidade ou indiferença.

No caso de outros residentes, o envolvimento com atividades criminosas só ocorreu *depois* de iniciado o uso contínuo de drogas. Os crimes tiveram como principal centro a manutenção do uso de drogas, seja em termos de conseguir dinheiro para isso ou de associação com companheiros ou outras pessoas importantes para eles que estavam envolvidas com drogas. Embora de modo geral menos violentos, esses indivíduos praticaram atos ilícitos que vão de crimes contra a propriedade (roubo e apropriação) e contra pessoas (tráfico de drogas, furto e agressão para fins de roubo) a crimes “sem vítimas” (prostituição e lenocínio). (DE LEON, 2003, p. 68-69)

Percebe-se que o primeiro grupo é mais hostil e violento, característico de “quem usa drogas para cometer crimes” já o segundo grupo é escravo da droga, são indivíduos “que cometem crimes para usar drogas”.

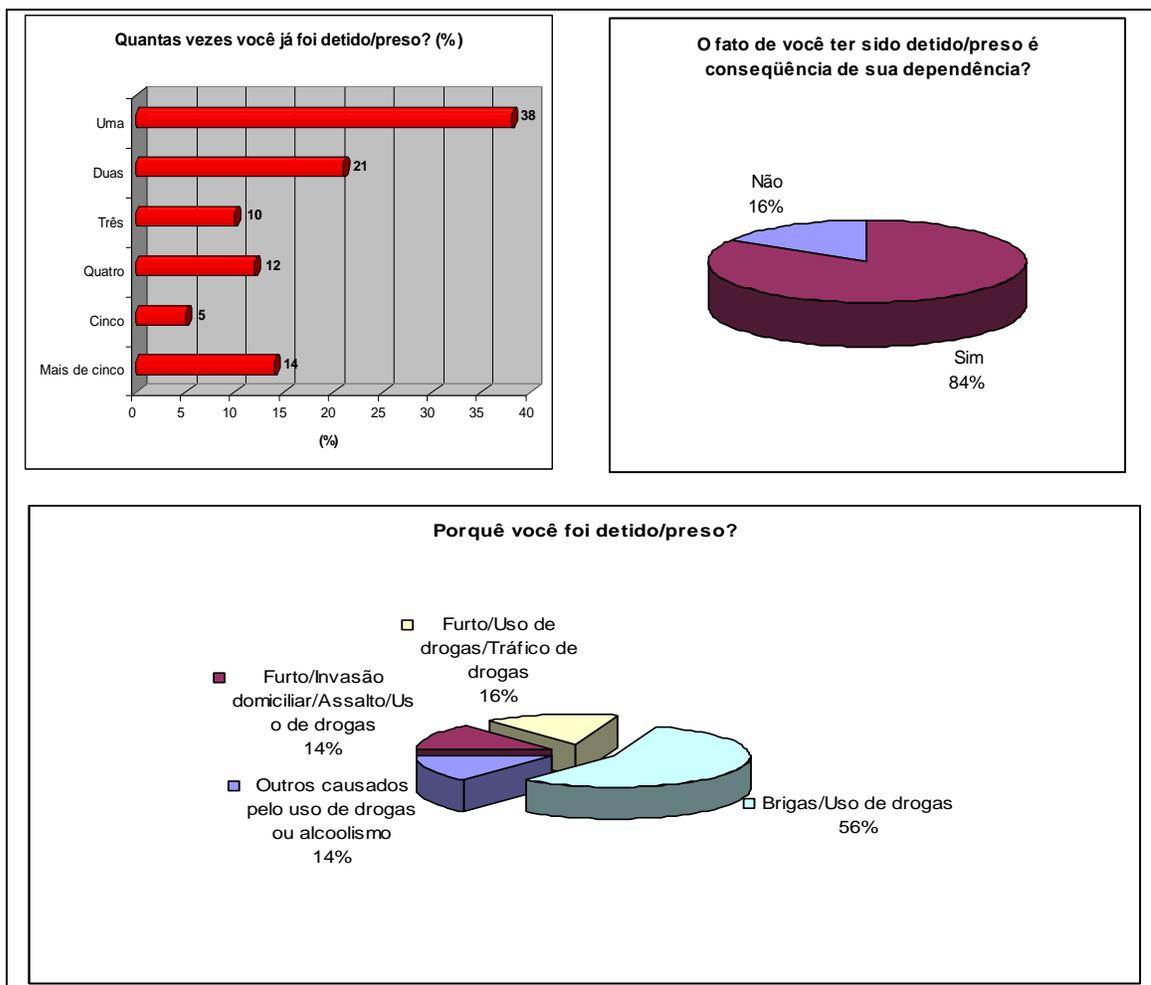
É salutar destacar que os frutos de trabalho realizado nas CTs apontam dados na direção de que os residentes que completam o tratamento prosperamente, geralmente diminuem o uso de drogas, assim como eventual comportamento criminal, enquanto aumentam a interatividade social e a ocupação empregatícia. (WENZEL e ORLANDO, [200?])⁵⁴

Questionados pela pergunta “você já foi preso?”, dos 129 entrevistados, 106 responderam, dois quais 43% (46/106) responderam afirmativamente. Já o gráfico 14 gera

⁵⁴ Poder-se-ia contrapor o trabalho que as CTs realizam, visando efetivamente mudar e reintegrar o indivíduo, com o sistema prisional, que de forma sagaz foi apresentado por Michael Foucault no capítulo oitavo de sua obra clássico “Microfísica do Poder”, quando descreve “sobre a prisão”. “Desde o começo a prisão devia ser instrumento tão aperfeiçoado quanto a escola, a caserna ou o hospital, e agir com precisão sobre os indivíduos. [...] se constata que a prisão, longe de transformar os criminosos em gente honesta, serve apenas para fabricar novos criminosos ou para afundá-los ainda mais na criminalidade.” (FOUCAULT, 1999, p. 131-132)

alguns dados complementares tendo por base somente os residentes que afirmaram terem sido detidos/presos pelo menos uma vez na vida.

Gráfico 14 – Alguns dados complementares referentes ao comprometimento legal



Fonte: Pesquisa CERENE, 2002 (apud HILBEBRANDT, 2003).

Base: 45 residentes (35% de 129 residentes)

Merece ressalvas que 84% dos residentes atribuem o motivo de sua detenção/prisão como sendo consequência da dependência. 62% dos residentes foram presos mais de uma vez, isto, foram reincidentes. O principal motivo são as “brigas”, agressões decorrentes do abuso de SPAs. Diversos são os motivos que levam a condutas anti-sociais:

É importante frisar a importância que alguns autores e cientistas dão à ação criminógena das drogas [...] Desta forma o adoecer passa a ser consequência de uma estrutura social doente; a desestruturação social é parte fundamental no processo de marginalização do usuário [...], podendo assim, ser o crime resultante deste processo. Em outros casos, o impacto da droga (álcool) em mentes enfermas ou em caracteriopatias, exacerba não só os sintomas psicopatológicos próprios de cada

doença, como também os distúrbios de comportamento nos transtornos de personalidade; assim sendo, os efeitos desinibidores [...] podem induzir a reações antisociais perigosas, principalmente os atos de violência (agressão, homicídios, suicídios e acidentes). (MIRANDA FILHO *in* PALHONA, 2002, p. 376)

3.9 Custo social do abuso de SPAs

Eis um assunto da mais alta relevância nessa trama de agentes que envolvem a temática SPAs. O maior desafio inquestionavelmente não são as drogas ilícitas, o combate direto ao narcotráfico, e sim, as drogas lícitas (tabaco e em especial o álcool); em outras palavras, o tabaco e principalmente álcool são “a porta de entrada para as demais drogas”.

Cientes desse fato, muitos grupos ativistas procuram incessantemente se articular em campanhas a favor da redução de demanda das drogas, mas também pela exigência de maior ação do governo na redução de oferta, principalmente das drogas lícitas. Entendem que o negócio das drogas é responsável, na sua ampla maioria, pelas vítimas da DPSAs.

Segundo a Aliança Cidadã para o Controle do Álcool (ACCA)⁵⁵, cuja atuação central é no controle do álcool, os danos causados pelo uso do álcool na sociedade brasileira ultrapassam o benefício fiscal que a indústria desse setor gera, logo o custo social é maior que o benefício fiscal.

A mesma associação comenta:

Basta assistir a um jogo de futebol, acompanhar uma novela da Rede Globo ou ficar algumas horas em frente da televisão prestando atenção nos intervalos comerciais. Depois verifique as estatísticas e as pesquisas sobre o uso abusivo do álcool entre os jovens. Leia as manchetes de jornais sobre os acidentes de trânsito provocados pela bebida e aproveite para visitar algum pronto-socorro dos hospitais nos fins de semana, ou uma delegacia de violência contra a mulher e aí então você vai começar a perceber a profundidade do impacto e a abrangência dos custos sociais e econômicos causados pelo aumento de consumo (principalmente entre os jovens) e

⁵⁵ A ACCA é uma associação supra-institucional com representantes de setores da sociedade civil preocupados e/ou afetados com a questão do custo social do álcool. Teve seu início de atividades fomentado pela UNIAD/UNIFESP e pela ABEAD. O material de divulgação (informe) é de co-participação do Prof. Dr. Ronaldo Laranjeira (UNIAD) e a Dra. Ana Cecília P. Roselli Maruques (ABEAD), e editado por Luca Santoro Gomes. [A ACCA migrou para a CREMESP – www.propagandasembebeida.org.br].

pela negligente ausência de medidas efetivas de controle de venda e propaganda das bebidas alcoólicas no país. [ACCA, divulgação no XV Congresso da ABEAD]

Cabe destacar ainda, alguns dados apontados pelo informe da ACCA, vitais para compreensão de alguns fatores que juntos compõem um “coquetel” letal e poderoso, conforme pode ser visto na tabela 11:

Tabela 11 – Alguns motivos que justificam o caos social provocado pelo descontrole do uso de SPAs, em especial o álcool

As elaboradas e agressivas estratégias de marketing (propagandas e patrocínios) da indústria mundial do álcool “*targetting*” [que tem por alvo] principalmente os jovens de países em desenvolvimento e o Brasil não é exceção [Com a propaganda dizendo EXPERIMENTA, EXPERIMENTA, EXPERIMENTA⁵⁶; é pouco provável que os nossos esforços preventivos em relação a todas as drogas tenham qualquer impacto, portanto como cidadãos devemos exigir do nosso governo que a saúde pública seja mais importante e que simplesmente devemos proibir essas propagandas; alertas como “beba com moderação” são comprovadamente ineficientes];

A ausência de políticas públicas governamentais, regulamentando restrições de venda e propaganda de bebidas alcoólicas [políticas de saúde pública e os instrumentos de controle de vendas e propaganda do álcool são fragilizados ou praticamente inexistentes];

As estatísticas da OMS que demonstram que o álcool é responsável por 1,8 milhões de mortes ao ano no mundo;

A estimativa de que o álcool é também responsável por 3,5% do total do “*Global Burden of Diseases*” (um índice que quantificou a exposição ao uso do álcool em duas dimensões: a média de consumo do álcool *per capita* no mundo e seus padrões de uso juntamente com outros dois dados analisados, a mortalidade (o número de mortes causados direta ou indiretamente pelo uso do álcool) e o índice DALY (*Disability Adjusted Life Years*) que mede o quanto de vida útil uma pessoa perde em relação ao uso de álcool por doença, invalidez ou morte prematura). (dados extraídos do *GBD Global Burden of Disease 2000 Study WHO & European Addiction Research*);

O álcool está em quinto lugar, dentro dos dez maiores fatores de risco para a saúde global⁵⁷, de acordo com o Relatório Mundial de Saúde da OMS. Isto representa 4% do total de DALYS (Disability Adjusted Life Years) correspondendo à aproximadamente 58,3 milhões de pessoas;

O assustador número de acidentes fatais nas estradas brasileiras em decorrência de motoristas embriagados. Em 2002, o Instituto Médico Legal de Brasília divulgou que quase dois terços dos mortos em acidentes de trânsito (incluindo os atropelados) contavam com um teor alcoólico superior ao teto determinado pelo Código de Trânsito Brasileiro – 0,6 grama de álcool por litro de sangue.

Fonte: material informativo da ACCA divulgado no XV Congresso da ABEAD, dos dias 3 a 7 de setembro de 2003 em São Paulo – SP.

Neste contexto poder-se-ia perguntar: quantos dias as organizações tanto públicas como privadas perdem de trabalho devido ao absenteísmo por motivo do uso abusivo de SPA? Quantas crianças e adolescentes sofrem fortes danos morais, psíquicos como também

⁵⁶ Fazendo alusão a campanha publicitária vinculada em rede nacional pela Cervejaria Schincariol, onde a ênfase da campanha fora incentivar o consumidor a experimentar a cerveja Schincariol, gerando um aumento exponencial nas vendas daquela marca. Nenhuma campanha de cerveja obteve tamanho retorno de vendas no Brasil. O teor principal da campanha publicitária foi a repetição da palavra “experimental”, tornando-se uma mania nacional, repetir tais palavras, praticamente como se fosse um mantra.

⁵⁷ Lideram essa lista a desnutrição (15,9%) e a Deficiência de água & Higiene pessoal (6,8%), segundo The Global Burden of Disease, 1990.

físicos, cujas famílias estão desestruturadas e conseqüentemente as relações sociais são precárias? Qual o custo exorbitante da criminalidade e violência⁵⁸ provocada pelo abuso de SPA, tais como: violência doméstica, na comunidade, no trânsito⁵⁹, assim como os custos jurídicos e penitenciários decorrentes de ações relacionadas ao uso de SPA?

Frente a estas questões Gabriela Scheinberg apresenta um levantamento,

[...] que foi divulgado [...] por Andrade durante o Encontro Álcool e suas Repercussões Médico-Sociais, em São Paulo, foi feito com base no cruzamento de dados obtidos no Grea, na Associação Brasileira de Bebidas (Abrabe), na Ambev e no Ministério da Saúde. De acordo com os pesquisadores, o País gasta 7,3% do Produto Interno Bruto (PIB) por ano para tratar de problemas relacionados ao álcool, que variam desde o tratamento de um dependente até a perda da produtividade por causa da bebida. Já a indústria do álcool no País movimenta 3,5% do PIB. ‘O País gasta o dobro para tratar problemas provocados pelo álcool do que usa para produzir a bebida’, diz Andrade. ‘Não há nenhum país onde essa avaliação foi feita que ganhe mais do que perde com o álcool, mesmo considerando os grandes exportadores mundiais de bebida’. (SCHEINBERG, 2003, p. 1-2)

Já o custo, especificamente, de um tratamento para o DSPA, George De Leon responde categoricamente em sua entrevista concedida durante o XV Congresso da ABEAD (ver Apêndice A), quando menciona:

[...] o que nós sabemos, portanto, é que – quando há tempo suficiente, e se a CT for implantada corretamente e devidamente – os benefícios para a sociedade são enormes. Os estudos que foram realizados, que nós chamamos de custo do benefício de um tratamento, mostram que durante o início, esse tipo de tratamento seria caro para uma internamento à longo prazo ou um ano de residência ou similares, mas todos os estudos demonstram que os indivíduos que completam este período de tempo, verdadeiramente asseguram um tremendo benefício-custo para a sociedade. Para cada 1 dólar gasto em tratamento, você economiza sete dólares. Redução na criminalidade, aumento de empregos e taxas, redução em acidentes e hospitalizações, e assim em diante. Portanto, na verdade, na “longa corrida”, é uma das formas mais econômicas de lidar com o problema. [tradução própria].

Os comentários de George De Leon são reforçados pela RAND DPCR (*RAND Corporation Drug Policy Research Center*), todavia o precisar absoluto que um efetivo tratamento pouparia aos cofres públicos é impreciso, pois depende do tipo da droga (dependentes em cocaína apresentam potencial de violência maior), do sexo (os homens são cerca de quatro vezes mais agressivos que as mulheres), e de outros indicadores sociais.

⁵⁸ É inevitável lembrar da trama obscura descrita de forma tenaz por Foucault (1990) em seu clássico “Microfísica do poder”. Todo esse ciclo perverso que se “alimenta” da violência.

⁵⁹ Existem diversos órgãos que atuam especificamente na área de redução de acidentes de transporte, destaca-se a *Alcohol Screening* (www.alcoholscreening.org) um projeto da *Boston University of Public Health* em parceria com a Entidade *Join together* (www.jointogether.org)

O consenso da economia ao se investir em programas de prevenção e tratamento de SPA é absoluto. Alguns estudos estão sendo desenvolvidos nessa direção, visando especificamente determinar o custo *versus* efetividade dos programas de prevenção e tratamento de SPA. (CAULKINS e PACULA (2004); PACULA (2004); RYDELL, 2004).

Frente ao tão relevante tema, fica registrado e endossado o enorme desafio proposto pela ACCA:

- 1 - Proibição da propaganda do álcool em todos os meios de comunicação;
- 2 - Criação de um imposto de 30% em todas as bebidas alcoólicas (e que esse dinheiro seja repassado para projetos de prevenção e tratamento);
- 3 - Criminalização e fiscalização **efetiva** [sic] de venda de álcool para menores de idade;
- 4 - Fiscalização sistemática sobre o beber e dirigir. [grifo próprio] (PINSKY, LARANJEIRA, 1998; LARANJEIRA, PINSKY, 1996; LARANJEIRA, 1996).

De forma mais enfática, o Prof. Dr. Ronaldo Ramos Laranjeira reforça, o exposto acima, no artigo: “Legalização de drogas no Brasil: em busca da racionalidade perdida”, publicado no Boletim da ABEAD⁶⁰, ao afirmar que:

As políticas a serem implementadas no caso do álcool são várias e visariam essencialmente diminuir o consumo global. 1 - políticas de preço e taxaço que são as ações com maior impacto social imediato. Estudos tem mostrado que o preço do álcool segue o padrão de qualquer mercadoria, e quanto maior o preço menor o consumo. Existe uma elasticidade do consumo, que no caso do álcool é diferente de outras mercadorias, mas para cada aumento de 100% do preço existe cerca de 30% de queda de consumo global. Mesmo os bebedores pesados diminuem o consumo de acordo com o preço. Este tipo de política pode ser especialmente útil no Brasil onde o preço do álcool é um dos mais baixos do mundo ocidental, cerca de US\$ 1,5 por um litro de pinga. 2 - políticas que diminuíssem o acesso físico do álcool. Tem sido demonstrado que quanto menor o número de locais vendendo álcool, maior o respeito ao limite de idade para vendas de bebidas alcoólicas, maior a consistência das leis do beber e dirigir, menor é o consumo global de uma população. 3 - políticas de proibição da propaganda nos meios de comunicação. O objetivo da propaganda do álcool não é só de fazer com que os consumidores façam preferência por esta ou aquela bebida, mas criar um clima social de tolerância e estímulo com o álcool visando nitidamente aumentar o consumo global. A proibição da propaganda tem sido consistentemente mostrada em pesquisas como um fator importante da diminuição do consumo. 4 - campanhas na mídia e nas escolas visando informar melhor os efeitos de álcool. O efeito dessas campanhas quando feitas desacompanhadas das demais políticas produzem muito pouco efeito. De nada adianta a professora na escola informar o aluno sobre álcool e outras drogas, se a

⁶⁰ ver nota de rodapé 52.

televisão continua mostrando a alegria e descontração associadas com o álcool , quando esta droga transforma-se na “paixão nacional”.

Em resumo, o álcool é a droga que apresenta formas de controle social mais estudados e onde as políticas para diminuir o custo social do seu uso são muito bem estabelecidas. Esses princípios podem muito bem ser usados para as demais drogas visando essencialmente diminuir o acesso e o consumo dessas drogas. (LARANJEIRA, 1995, p. 2)

No âmbito de outra droga lícita, o tabaco, as dificuldades são as mesmas. Entretanto a sobrevida da indústria tabagista sobre fortíssimas ameaças, o Brasil conta com o precioso trabalho da ADESF – Associação de Defesa da Saúde do Fumante⁶¹, e outras Entidades, que entendem como positiva a abolição do cigarro.

À frente dessa campanha estão notórios médicos, psiquiatras, advogados, políticos, sociólogos, que entendem ser fundamental também agir sobre a oferta da droga, tendo em vista que as campanhas publicitárias da indústria tabagista e do álcool são muito mais persuasivas e atraentes que qualquer campanha em prol da redução de demanda. O Dr. Dráuzio Varella, que foi dependente da nicotina durante 20 anos, relata

[...] Maltratei meu corpo com cancerígenos de ação lenta durante dezenove anos. Mais grave ainda, o cigarro matou meu pai, um irmão alto e bonito aos 45 anos, e um sogro querido.

Na irresponsabilidade que a dependência química traz, fumei na frente dos doentes a quem recomendava abandonar o cigarro. Fumei em ambientes fechados diante de pessoas de idade, mulheres grávidas e crianças pequenas. Como professor de cursinho durante quase vinte anos, fumei nas salas de aula, induzindo muitos jovens a adquirir o vício. "Mas você é cancerologista e fuma?". Eu ficava sem graça e dizia que um dia eu ia parar. Só que esse dia nunca chegava. A droga quebra o caráter do dependente. [...] Em trinta anos de profissão, assisti às mais humilhantes demonstrações do domínio que a nicotina exerce sobre o usuário. O doente tem um infarto do miocárdio, passa três dias na U.T.I. entre a vida e a morte e não pára de fumar, mesmo que as pessoas mais queridas implorem.” (VARELLA, [200?])

Evidentemente, “*around the World*,” muitos capítulos dessa trama ainda terão que ser escritos, e com certeza nesse meio tempo muitas vidas ainda serão ceifadas, mas medidas enérgicas vem sendo adotadas no mundo inteiro e essas experiências estão motivando os

⁶¹ A ADESF foi fundada em fevereiro de 1995, e entende ser o fumante um dependente do cigarro assim como uma vítima da propaganda enganosa e abusiva. [www.adesf.com.br].

demais países⁶². (BOEIRA, 2003). Recentemente, a Irlanda implementou a mais rigoroso pacote contra o fumo da UE ao determinar que

[...] será ilegal fumar em todos os lugares de trabalho, nos espaços públicos fechados e nos transportes públicos da Irlanda. As multas chegam a 3 mil euros [...] O governo diz que a proibição vai ajudar a salvar cerca de 7 mil vidas na Irlanda e, pela primeira vez, proteger os trabalhadores das conseqüências do fumo passivo. (REUTERS, 2004)

No Brasil a ADESF venceu uma decisão inédita na Justiça brasileira, quando a juíza Adaísa Halpern, da 19ª Vara Cível, condenou a Cruz e a Philip Morris por omissão de dados sobre os malefícios do fumo e veiculação de propaganda enganosa. Segundo matéria da Revista IstoÉ Dinheiro, de 25 de fevereiro de 2004, “As empresas podem recorrer, mas, se ao fim do processo a condenação for mantida, as indenizações são estimadas em R\$ 52,5 bilhões” e complementa, nas palavras do advogado Luís Mônaco, que “[...] a decisão da Justiça paulista será estendida para todo o Brasil, e avisa: ‘Estamos começando a virar o jogo contra os fabricantes de cigarro’.”⁶³ (TEIXEIRA, 2004)

⁶² Alguns países conferem inclusive a pena de morte aos traficantes de drogas (ver anexo G). Tema este certamente polêmico, e julga-se não ser o momento de discutir se a pena de morte é ou não é válida. O exemplo procura somente destacar a gravidade do crime de tráfico em certos países.

⁶³ “A mais longa pesquisa já feita sobre os efeitos do tabaco revela que, em média, os fumantes morrem dez anos antes dos não-fumantes. O estudo também mostra que deixar de fumar em qualquer idade reduz o risco de morrer por causa de doenças ligadas ao tabagismo. Os resultados estão sendo publicados no *British Medical Journal*, 50 anos depois que os resultados iniciais dessa mesma pesquisa confirmaram que fumar causa câncer de pulmão.” (LICHTAROWICZ, 2004)

4 AS ETAPAS DE RECUPERAÇÃO E A SITUAÇÃO DOS EX-RESIDENTES DO CERENE

O referencial teórico e empírico deste capítulo parte dos estudos de George De Leon, aclamado internacionalmente como sendo a maior autoridade na pesquisa sobre comunidades terapêuticas⁶⁴.

Não se consegue desenvolver um programa de tratamento saudável, de qualidade, sem entender as etapas de recuperação. Todos os indivíduos que tem DSPAs se enquadram inevitavelmente em uma das dez etapas que serão estudadas no decorrer desse capítulo.

Segundo o próprio De Leon (CT10, 2003), poder-se-ia acrescentar mais etapas, todavia, a vasta experiência clínica atrelada a inúmeros referenciais teóricos, em especial no campo motivacional, o levaram a descrever as etapas de recuperação de um indivíduo DSPAs em dez, assegurando ser a melhor descrição clínica da atualidade.

Ao sintetizar cada uma das etapas de George De Leon, foram inseridos comentários sobre outras contribuições teóricas e informações obtidas através dos pacientes do CERENE, no entanto convém ressaltar, que as etapas (em especial as do pós-tratamento) não se limitam a CTs, sendo portanto válidas em todos os campos clínicos que lidam com a DSPAs.

Ao estudar cada uma das etapas, parte-se do pressuposto que o indivíduo é dependente de alguma substância psicoativa. Existem formas recomendadas para averiguar se o uso é

⁶⁴ Tive a honra de coordenar a mesa de trabalhos do Curso “Comunidades Terapêuticas” ministrado pelo Professor De Leon, durante o XV Congresso da ABEAD. Segue o conteúdo programático: 04/09/03 – O modelo da comunidade terapêutica e sua etiologia (Facilitador: Fernando Amarantes e Redator: Laura Fracasso); 05/09/03 – Comunidade terapêutica e o adolescente (Facilitador: Flávio Pechansky e Redator: Valmor Machado Junior) e 06/09/03 – As dez etapas de recuperação (Facilitador: Frederico Vasconcelos e Redator: Carlos César Batista). Durante todo o congresso pude, além de coordenar os trabalhos, auxiliar o Professor De Leon buscando fazer da sua estada no Brasil, que fora inédita, a mais agradável possível. Foi uma experiência ímpar que norteou todo o meu trabalho, assim como clareou uma série de dúvidas. Devo muita consideração e admiração ao excepcional profissional, e acima de tudo, ser humano que pude conhecer.

somente abusivo⁶⁵ ou se já caracteriza dependência. A metodologia mais utilizada e recomendada, de forma genérica, se encontra no Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais – DSM-IV, contemplado na tabela 12:

Tabela 12 – Critérios para dependência de substâncias – DSM-IV

Um padrão mal-adaptativo de uso de substância, levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes critérios, ocorrendo a qualquer momento no mesmo período de 12 meses:

- (1) tolerância⁶⁶, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: (a) uma necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para adquirir a intoxicação ou efeito desejado; (b) acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância
 - (2) abstinência, manifestada por qualquer dos seguintes aspectos: (a) síndrome de abstinência característica para a substância (consultar os Critérios A e B dos conjuntos de critérios para Abstinência das substâncias específicas); (b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência
 - (3) a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido
 - (4) existe um desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância
 - (5) muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância (por ex., consultas a múltiplos médicos ou fazer longas viagens de automóvel), na utilização da substância (por ex., fumar em grupo) ou na recuperação de seus efeitos
 - (6) importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância
 - (7) o uso da substância continua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância (por ex., uso atual de cocaína, embora o indivíduo reconheça que sua depressão é induzida por ela, ou consumo continuado de bebidas alcoólicas, embora o indivíduo reconheça que uma úlcera piorou pelo consumo do álcool)
-

Fonte: DSM-IV, 1995, p. 176-177

⁶⁵ “Abuso de substâncias – À diferença dos critérios para a Dependência de Substâncias, os critérios para Abuso de Substâncias não incluem tolerância, abstinência ou um padrão de uso compulsivo, incluindo, ao invés, disso, apenas as conseqüências prejudiciais do uso repetido. [...] Embora um diagnóstico de Abuso de Substância seja mais provável em indivíduos que apenas recentemente começaram a consumi-la, alguns indivíduos continuam por um longo período de tempo sofrendo as conseqüências sociais adversas relacionadas à substância, sem desenvolverem evidências de Dependência de Substância.” (DSM-IV, 1995, p.177-178)

⁶⁶ “**Tolerância** - é a necessidade de crescentes quantidades da substância para atingir a intoxicação (ou o efeito desejado) ou um efeito acentuadamente diminuído com o uso continuado da mesma quantidade da substância. O grau em que a tolerância se desenvolve varia imensamente entre as substâncias. Os indivíduos com uso pesado de opióides e estimulantes podem desenvolver níveis substanciais (por ex., multiplicados por dez) de tolerância, freqüentemente em uma dosagem que seria letal para um não-usuário. A tolerância ao álcool também pode ser pronunciada, mas em geral é muito menos extrema do que no caso das anfetaminas. Muitos tabagistas consomem mais de 20 cigarros por dia, uma quantidade que teria produzido sintomas de toxicidade quando começaram a fumar. Os indivíduos com uso pesado de maconha em geral não têm consciência de que desenvolveram tolerância (embora esta tenha sido demonstrada em estudos com animais e em alguns indivíduos). Ainda não há certeza quanto ao desenvolvimento de tolerância com fenciclidina (PCP). A tolerância pode ser difícil de determinar apenas com base na história oferecida, quando se trata de uma substância ilícita, talvez misturada com vários diluentes ou com outras substâncias. Nessas situações, testes laboratoriais podem ser úteis (por ex., altos níveis sanguíneos da substância, juntamente com poucas evidências de intoxicação, sugerem uma provável tolerância). A tolerância também deve ser diferenciada da variabilidade individual na sensibilidade inicial aos efeitos de determinadas substâncias. Por exemplo, alguns indivíduos que ingerem álcool pela primeira vez apresentam muito poucas evidências de intoxicação com três ou quatro doses, ao passo que outros, com peso e história de consumo semelhantes exibem fala arrastada e fraca coordenação.” (DSM-IV, 1995, p. 172-173)

De acordo com o mesmo Manual para diagnosticar a dependência faz-se necessária “a obtenção da história detalhada a partir do indivíduo e, sempre que possível, de fontes adicionais de informações (por ex., registros médicos, cônjuge, parentes ou amigo íntimo). Além disso, os achados físico e os resultados de testes laboratoriais podem ser úteis.” (DSM-IV, 1995, p. 181).

Conforme George De Leon existem duas grandes fases, a primeira, do *pré-tratamento*, engloba as etapas 1 a 6, a saber: negação, ambivalência, motivação extrínseca, motivação intrínseca, prontidão para mudanças e prontidão para tratamento, e a segunda, *relacionada ao tratamento*, contemplam as etapas 7 a 10, que são: desintoxicação, abstinência, continuidade e mudança de identidade e integridade. As quais serão estudadas detalhadamente a seguir.

4.1 Etapas Pré-Tratamento (1 - 6)

Cada etapa varia de acordo com o indivíduo no que tange a intensidade e duração. Alguns pacientes levam anos para superar as etapas, enquanto outros, passam por algumas etapas apenas de relance. No entanto, as marcas de cada etapa são manifestas na trajetória de sobriedade do indivíduo, calcadas na sua singular intensidade.

As seis etapas,

Etapa 1 - Negação

Etapa 2 - Ambivalência

Etapa 3 - Motivação extrínseca

Etapa 4 - Motivação intrínseca

Etapa 5 - Prontidão para mudanças

Etapa 6 - Prontidão para tratamento

do pré-tratamento, deveriam ser superadas antes de qualquer intervenção de tratamento, por exemplo numa CT. Segundo De Leon (CT10, 2003) indivíduos que começam tratamento

antes de passar pela etapa 6, correm um risco muito maior de abandonar o tratamento e conseqüentemente de sofrer recaída.

Compreender cada uma das etapas é de vital importância para poder efetivamente maximizar a ajuda ao DSPAs, a começar pela etapa da negação.

4.1.1 Negação (Etapa 1)

Efetivo abuso e/ou problemas associados, sem reconhecer e/ou aceitar o abuso e/ou o problema.

- ✓ *A etapa da negação reflete pouco ou nenhum reconhecimento do problema da droga.*
- ✓ *O indivíduo não admite qualquer uso de forma geral.*
- ✓ *O indivíduo pode admitir a prolongação do uso mas não aceita o uso como sendo um problema.*
- ✓ *O indivíduo pode aceitar o problema do uso mas não reconhece, admite ou aceita uma associação entre seu uso de drogas e outros problemas na vida.*
- ✓ *O indivíduo pode aceitar o uso das drogas associadas aos problemas mas não aceita os fatos como dificuldades ou questões que requerem alguma atenção.*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

A etapa da negação é inevitavelmente a primeira etapa de recuperação para qualquer DSPAs. E geralmente é um longo estágio, demanda muitas vezes anos e anos para o indivíduo superá-la efetivamente.

Consiste basicamente no período onde o indivíduo nega que o seu consumo de SPAs seja problemático. Há uma cegueira, o óbvio e lógico é menosprezado, freqüentemente o indivíduo, nessa etapa, se expõe ao ridículo, tentando justificar e provar que não tem problema algum com qualquer SPA.

Trata-se de uma etapa, mas observada cuidadosamente percebe-se que existem sub-etapas nesta etapa da negação, a saber: o indivíduo nega inclusive que usa SPAs; o indivíduo até admite que usa SPAs mas não vê problema algum no uso. É fundamental na terapia saber exatamente onde o indivíduo se encontra, no intuito de tratá-lo da melhor forma possível.

São inúmeros os relatos e depoimentos, tanto por parte dos DSPAs que passaram pela etapa da negação, quanto pelos familiares, colegas e amigos destes. Essa etapa se prolonga de

forma especial no alcoolismo, o indivíduo passa anos negando que o consumo que faz da bebida alcoólica tem algum problema.

A minha mãe logo desconfiou de que eu tinha dependência com o álcool, muitas vezes ela pediu pra gente parar de bagunça, mas a gente não aceita, numa hora dessas a gente é que tá certo, quer ter razão ainda. [...] Mãe eu não tenho problema, só vou dar uma volta e já volto, mas não voltava na hora combinada, a partir da meia-noite [...] e nunca aceitei que tinha problema. [Entrevistado 1]

Teve uma vez que eu trabalhava numa empresa, já por uns 4 anos, sempre fui um funcionário dedicado e responsável, e isso começou a entrar num processo de decadência, foi uma coisa muito brusca. Meus chefes observaram isso e me confrontaram e eu neguei, eles perguntaram: “você está com algum problema?”, eu disse não!, eles insistiram: “você está usando álcool ou drogas?” eu disse que não. E depois de pouco tempo eu saí da empresa, eu pedi, porque não quis essa pressão. Eu bebia durante a noite, dormia 2 horas e ia trabalhar, só a minha fisionomia já dizia tudo, mas eu jurava de pé junto que era só cansaço. [Entrevistado 3]

Quando íamos em alguma festa de família, algum evento, começava a ter algum excesso no consumo, e se então alguém próximo, a minha esposa, mãe, irmão, chamavam a atenção ou repreendiam, a justificativa que tinha é: estamos numa festa, todo mundo tá bebendo, porque eu tenho que ser diferente? De forma alguma aceitava que tinha problema. [Entrevistado 3]

Os familiares geralmente são os primeiros a perceber a dependência, sendo por vezes coniventes por também não compreender as últimas conseqüências da DSPAs. Mas inevitavelmente acabam sendo os primeiros a sofrer as conseqüências do problema pelo qual passa o ente querido, e de forma gradativa exigem o reconhecimento por parte do mesmo de que ele é dependente e que ele deve, além de confessar os excessos, curar/melhorar (“voltar a ser normal”). Esse processo de acusação e defesa se estende por muito tempo, por vezes anos, e tende a ser cada vez mais acirrado, isto é, no começo o dependente simplesmente nega o consumo, se esquivava e fingia que não é com ele, chegando a ficar muito chateado com as acusações e em casos extremos se defende agredindo o acusador.

A mentira nessa etapa passa a ser o “pecado” predileto, ela é a principal arma de defesa e é aperfeiçoada de forma assombrosamente rápida. Tanto para negar que usa alguma SPA como para negar que o seu consumo é problema para si e/ou para os outros.

O livro de Hans Klein “Alcoolismo: lidando com o problema na família” apresenta uma série de ricos diálogos terapêuticos que figuram tranqüilamente as etapas, segue um destes diálogos, intitulado: “Meu marido mente, não consigo mais crer no que fala”:

– O senhor não imagina como fico frustrada quando meu marido mente. Eu logo percebo quando ele andou bebendo. Já noto quando passa pela porta. Nem preciso cheirar nada. Mas ele afirma com toda a convicção que nada bebeu. Às vezes, quase perco o controle. Mas, em geral, apenas fico terrivelmente decepcionada.[...] – Eu gostaria de tentar mostra-lhe uma saída desta situação. Mas, para isso, será necessário abrir um pouco a sua compreensão para com alguém que sofre da doença do álcool. [...] Esta mudança que a senhora observou no comportamento de seu marido, bem como seu hábito de mentir, são sintomas evidentes (KLEIN, 1998, p.49-50)

As desculpas inventadas dispensam comentários, pequenos delitos, em especial furtos, são sintomas agudos dessa fase.

Cheguei a tomar porre de ficar 3 dias de cama, achar que ia morrer, e nada adiantava, e chegava a ficar o bicho quando alguém dizia que eu tinha dependência. Eu ficava muito brabo. O médico cansou de dizer pra mim que se tu quiser vive até os 35 anos tu deixa da bebida senão tu vai morrer. Hoje eu vejo que tava morrendo aos poucos, mas eu não tava nem aí. Cheguei a esconder cachaça no mato, e as 2 da madrugada, escondido ia beber. [Entrevistado 1].

No começo eu escondia, mas depois eu nem escondia mais. [Entrevistado 4]

Eu sempre dizia o seguinte, eu iria parar de beber o dia em que chegasse em casa cambaleando, ou viesse a bater em mulher, ou nos filhos. Era o álibi que eu tinha, porque nunca cometi nenhum desses deslizes, apesar de saber que era dependente. Eu sabia que tinha que beber. [...] Eu dizia que eu paro a hora que eu quiser. [Entrevistado 6]

Na etapa da negação o comportamento de uso e abuso de SPAs na ótica do usuário é tido primordialmente como benefício. Ele crê que os benefícios são inquestionavelmente superiores aos eventuais malefícios do uso de SPAs. Todavia, as “armadilhas” deste comportamento compulsivo acabam sufocando (“prendendo”) a tão sonhada liberdade prometida pelas SPAs⁶⁷.

⁶⁷ “Os comportamentos habitualmente caracterizados pela gratificação imediata e conseqüências negativas postergadas foram classificados por outros pesquisadores como ‘armadilhas sociais’ (Platt, 1973) e comportamentos ‘impulsivos’ (Ainslie, 1975). Esses comportamentos não estão limitados ao uso de drogas e outras substâncias psicoativas, uma vez que incluem atividades não-adictivas tais como jogo compulsivo, padrões compulsivos de trabalho (‘workaholism’), certos problemas sexuais (por exemplo, exibicionismo) e algumas formas de relacionamentos sociais, tais como amor ‘adictivo’ (Peele & Brodsky, 1975).” (MARLATT e GORDON, 1003, p. 9)

4.1.2 Ambivalência (Etapa 2)

Algum reconhecimento do problema, mas aceitação inconstante das conseqüências do uso contínuo da droga.

- ✓ *Neste etapa o indivíduo reconhece problemas transitórios ou episódios mas não descreve estes em termos de mal uso, excesso, abuso, dependência ou vício.*
- ✓ *Ele/Ela não se identificam com outros viciados e está confiante que ele/ela pode parar e vai, e muitas vezes acredita que lidar com drogas é benéfico para a disposição e/ou desempenho.*
- ✓ *O indivíduo ainda vê benefícios em usar droga e não está convencido da dificuldade de muda, logo não parte para o esforço de mudar.*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

Conforme o livro “Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos⁶⁸” de Miller e Rollnick (2001) a ambivalência⁶⁹ do dependente é um dos principais obstáculos no trabalho terapêutico para a mudança construtiva.

Esta etapa é compreendida também pelo “querer, mas não querer” do indivíduo. Ele, após um final de semana consumindo abusivamente SPAs, acorda ainda de ressaca na segunda-feira e diz “tenho que parar de beber”, mas na terça-feira já acha que não, que está tudo bem, afinal, segundo ele, não tem nada de mais no uso que faz de SPAs⁷⁰.

Um exemplo do diálogo entre Hans Klein e a esposa de um alcoólatra: “- O senhor poderia ter razão, Por vezes, eu mesma já pensei que ele estava com vergonha. Mas em seguida ele banca o homem seguro de si mesmo e afirma que, afinal de contas, a ninharia que ele bebe não significa nada, que outras pessoas também bebem, e que eu não fizesse papel de boba.” (KLEIN, 1998, p. 50)

Outro exemplo “A pessoa diz: ‘Eu vim buscar ajuda’, e na próxima frase acrescenta: ‘Mas não é nada tão sério assim’. A postura de vulnerabilidade pode transformar-se em desafio e voltar à vulnerabilidade em poucos minutos”. (MILLER e ROLLNICK, 2001, p. 48)

⁶⁸ A “Entrevista motivacional” - abordagem não autoritária para ajudar as pessoas a libertarem suas próprias motivações e recursos - é uma técnica eficaz para superar a ambivalência e ajudar o paciente à “desemperrar”. Foi escrito pelos psicólogos Miller e Rollnick, que introduziram e têm desenvolvido a entrevista motivacional desde o início da década de 80.

⁶⁹ “A ambivalência é um estado mental no qual uma pessoa tem sentimentos coexistentes porém conflitantes a respeito de alguma coisa” (MILLER e ROLLNICK, 2001, p. 50)

⁷⁰ “Uma das táticas mais usadas pelos dependentes e abusadores de álcool e/ou drogas para evitar ingressar em tratamento é a procrastinação (deixar para mais tarde ou para depois), o adiamento indefinido que colabora para o aumento das conseqüências derivadas do consumo. A frase ‘Eu vou parar amanhã’ significa exclusivamente que o indivíduo não tem nenhuma intenção de interromper o consumo agora.” (WASHTON apud LEITE, 2003, p. 12)

Nota-se um grande avanço entre a etapa da negação e da ambivalência, na segunda o indivíduo passa a questionar, mesmo que subjetivamente, as “vantagens” oferecidas pela SPA. A tabela 13 pontua de forma clara o conflito que se estabelece no indivíduo, e julga-se que gradativamente o indivíduo assimilará mais custos do que benefícios em consumir SPAs.

Tabela 13 – Uma folha de balanço decisório – ilustra o conflito de ambivalência

<i>Continuar a usar SPAs como antes</i>		<i>Mudar meu hábito de consumo de SPAs</i>	
Benefícios	Custos	Benefícios	Custos
<ul style="list-style-type: none"> • Me ajuda a relaxar • Eu gosto de ficar alto • Me oferece coragem • Aumenta minha auto-estima • Alívio imediato 	<ul style="list-style-type: none"> • Posso perder meu casamento • Mau exemplo para as crianças • Danos a minha saúde • Gasto dinheiro demais • Danos ao meu cérebro • Posso perder o meu emprego • Desperdício de tempo/vida 	<ul style="list-style-type: none"> • Casamento mais feliz • Mais tempo para a família • Sentir-me melhor • Ajudar com os problemas financeiros • Viver de cabeça erguida 	<ul style="list-style-type: none"> • O que fazer quanto aos “amigos” • Não terei um meio de relaxar

Fonte: Adaptado de Miller e Rollnick, 2001, p. 53

Segundo o palestrante Hermann Hägerbaumer⁷¹, é vital que o terapeuta (aconselhador) da pessoa que se encontra na etapa da ambivalência saiba conduzir diálogos construtivos, o eixo central deve ser no indivíduo, persuadi-lo a reconhecer *por si próprio* que os malefícios associados ao consumo de SPAs são muito maiores que os benefícios⁷². Diversos terapeutas despreparados, enfatizam os malefícios, desenham situações que não condizem com a real situação do paciente, e de forma incisiva obrigam o paciente a mudar. (uma motivação extrínseca pouco efetiva, conforme será visto no ponto 4.1.3).

De acordo com Lourenço (*in* SERRAT, 2001, p. 139)

⁷¹ ver nota de rodapé 6 e 7.

⁷² “Em um certo nível, fazer uma análise custo-benefício é um exercício direto [...] Isso pode funcionar bem, e fazer com que os pacientes reconheçam antes que não tinham realmente concebido suas dificuldades dessa maneira e que são confrontados com a tarefa de tomar decisão de uma ou de outra forma. No entanto, alguns pacientes listam as coisas boas, recitam as não tão boas e não se comovem com os aparentes problemas e atribuições mesmo quando o débito fica óbvio. É como se eles estivessem imunes aos problemas e distantes deles. [...] portanto, é importante convidar os pacientes a ‘se apropriarem’ dos problemas.” (SAUNDERS; WILKINSON; ALLSOP, 2001, p. 247)

A fragilidade egóica não permite ao indivíduo lidar com a ansiedade, a impulsividade, a agressividade, a angústia da espera, a frustração. A pouca disponibilidade de recursos internos para elaborar seus conflitos leva o indivíduo a esquivar-se de seus problemas emocionais (fuga da realidade)⁷³

Portanto, é fundamental entender a etapa da ambivalência como sendo mais uma etapa na efetiva recuperação do indivíduo. O tempo de permanência nessa etapa novamente varia de indivíduo para indivíduo, e reconhecimento categórico do problema somente ocorre a partir do momento em que a gangorra dos benefícios *versus* custos estiver contra o consumo da substância.

Não adianta, isso na cabeça de todo mundo eu acho, até um chocólatra que comeu demais e depois se arrepende, ou então um comilão qualquer, sabe que não é certo exagerar, mas logo esquece e repete o ato. Com a droga não é diferente. Depois de um porre ou uma overdose, com certeza o sujeito sabe que não é por aí, mas isso não vai fazer ele parar. [Entrevistado 4]

Na fase da ambivalência é muito comum que o dependente afirme ter problemas na segunda-feira, mas na terça-feira já acha que não - do tipo: “Tu estás certo, mas eu não tenho certeza”. (“*You are right but Im not scure!*”). O que pode ser ilustrado pelo exemplo a seguir:

Quando eu saía do trabalho na sexta-feira eu fazia o “*happy hour*”, ia para os bares beber e usar drogas também junto claro, esquecia da hora e chegava muitas vezes de madrugada em casa e depois tinha que ter uma justificativa do porque daquilo, então eu reconhecia que realmente tava com problema naquele momento, até aceitava ajuda externa, admitia impotência perante a substância usada, mas isso era no momento da crise, de baixa auto-estima, e até mesmo para não perder o relacionamento, me fazia de coitadinho (na guria: “se faz de leitão para poder mamar deitado”), mas assim que as coisas clareavam um pouco, geralmente no dia seguinte, negava tudo e a outra parte/pessoa fazia o papel de idiota, porque até se mobilizava para procurar algum auxílio externo e eu já estava em outra. [Entrevistado 3]

Quando começa a dependência a pessoa perde a vontade de fazer as coisas. A droga chegava a me motivar, é comprovado isso cientificamente. Por isso que até os grandes músicos e artistas usaram e/ou usam drogas, parece apologia, mas é o que acontece. Eu sei disso, porque quanto usei drogas eu criei coisas, fiz campanhas, que não faria (bolaria) sem a “motivação”. [Entrevistado 4]

Neste contexto, George De Leon (CT10, 2003) trás o clássico exemplo de pessoas que trabalham nas bolsas de valores, em *Wall Street/NY* por exemplo, as quais freqüentemente se

⁷³ No que tange a personalidade do paciente alcoolista, pode-se destacar que: “A combinação de traços de caráter que possam distinguir o alcoolista do não alcoolista trouxe-nos uma porção de conceitos que foram usados em diferentes épocas. Entre esses conceitos estão ego frágil, hipersensibilidade e sofrimento físico e emocional, baixa tolerância à frustrações, imaturidade, passividade, dependência, impulsividade, insegurança, hostilidade, sociopatia e depressão. [...] mas não estão presentes em todos [...]. No entanto, há uma associação notável de 80% dos portadores de personalidade anti-social apresentarem problemas severos de alcoolismo ao longo da vida.” (SAIDEMBERG *in* SERRAT, 2001, p. 120)

envolvem com o uso e abuso de cocaína. Eles, no entanto, apesar de afirmar que por vez ou outra usam drogas, não se identificam como dependentes, porque, afinal, segundo eles, tem família, uma bela casa/apartamento e fazem muito dinheiro – coisas que eventualmente podem perder.⁷⁴

4.1.3 Motivação Extrínseca (Etapa 3)

Algum reconhecimento e aceitação do uso de drogas e seus problemas associados, mas atribuídos a influencia externa e não vistas como razões para a busca de mudanças.

- ✓ *Neste estágio (fase) os indivíduos admitem e/ou aceitam o problema pessoal do uso da droga mas apenas ocasional, durante períodos de stresses ou sob pressão externa.*
- ✓ *Eles não percebem, admitem, ou aceitam completamente a sua própria contribuição para o uso da droga ou aos problemas da vida relacionados a droga, mas atribuem estes a circunstâncias externas fora de seu controle.*
- ✓ *Eles expõem medos e problemas relacionados com vários aspectos: lícito, fiscal, saúde, família, social, doméstico e profissional.*
- ✓ *Apesar do tipo e severidade destas varias condições diferenciadas sobre indivíduos e uma possível mudança através do tempo para o mesmo indivíduo, eles são todos percebidos como pressões externas que obrigam o indivíduo a considerar ou tentar mudar com ou sem tratamento.*
- ✓ *Normalmente, tais tentativas envolvem parada ou redução do uso, temporária desintoxicação.*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

É fundamental entender a etapa da motivação extrínseca. Julga-se que muitos residentes abandonam prematuramente o tratamento, nas Comunidades Terapêuticas, justamente por se enquadrarem nessa etapa, que é completamente prematura a internação propriamente dita.

Isto se deve a inúmeros atores externos, atores estes que exigem um tratamento por parte do dependente, a saber: a família, a polícia, o juizado, o “terapeuta despreparado”, o hospital, o empregador. Em outros termos, o indivíduo não tem nenhuma motivação pessoal para mudanças, e sim, é coagido pelo meio a mudar. Dependentes que se encontram nesta etapa até aceitam que tem problemas com drogas e que eventualmente esses problemas

⁷⁴ O grupo Planet Hemp (Planeta Maconha) foi mais longe, ao defender a legalização da maconha. Na música *Legaliza Já* “Legalize já, legalize já porque uma erva natural não pode te prejudicar o álcool mata bancado pelo código penal onde quem fuma maconha é que é marginal e por que não legaliza” a mensagem é direta, já na música *Mantenha o Respeito*, o grupo enaltece os supostos benefícios da droga “Portas se abrem e aumentam o poder da visão isso é o meu compromisso e se eu fumo ninguém tem nada a ver com isso, não preciso da sua postura a minha segurança eu faço na cintura um hipócrita vai e os valores não caem é tanto preconceito que eu não agüento mais se você te amor pelo que tem no peito mas mantenha o respeito.”

[<http://www.drogasworld.hpg.ig.com.br/apologia.htm>]

também afetam outras pessoas, mas a razão pela qual eles podem se submeter a uma intervenção e/ou tratamento não se deve a algo interno (da vontade deles), mas sim externo.

Quando em tratamento, comentários comuns são: “porque o juiz me mandou aqui”, “minha família me mandou aqui”, enfim, todo mundo lhe mandou, menos a vontade dele foi feita. E ao analisar o termo motivação⁷⁵ de forma objetiva, que significa “fazer mover”, é fácil entender porque indivíduos que na essência foram movidos de forma forçada para uma intervenção e/ou tratamento geralmente não aderem ao mesmo, desistindo na maioria das vezes (abandonando o tratamento).

Eu ia para os tratamentos sempre na marra, a polícia me prendia, aí me levavam para a psiquiatria e de lá eu ia para um tratamento. Fui mais do que uma vez também para o CERENE. [Entrevistado 4]

Nesta etapa, os indivíduos não se parecem com alguém que nega, ou está na fase da ambivalência, mas sim, eles atribuem contundentemente os problemas a fatores externos. Eles não admitem a sua própria contribuição para os problemas atrelados a DSPAs. Segundo De Leon (CT10, 2003) o dependente nessa etapa usa drogas porque não tem trabalho, porque não tem dinheiro, porque teve um passado traumatizante, porque foi abusado na infância, porque tem algum outro problema psicológico e tudo isso soa muito acertado, mas enquanto ele não reconhece que o problema é dele, ele não vai estar corretamente motivado da forma como proposto na etapa seguinte (4.1.4), a etapa da motivação intrínseca.

Geralmente estes indivíduos aparentam ser bons candidatos para o tratamento, porque afirmam que existem pressões externos que os levam ao consumo de SPAs, a saber: “[...] da família, dos parceiros ou dos empregadores, por ordem judicial ou problemas legais irresolvidos, por temer a doença ou a violência (doméstica ou das ruas), ou o desabrigo” (DE LEON, 2003, p. 74). O erro muitas vezes consiste no fato deste residente acreditar que ao remover os problemas externos dele, ele estará bem, estará curado – doce ilusão!

⁷⁵ Em inglês o jogo de palavras é ainda mais expressivo, a saber: *motivation means to move* (motivação significa fazer mover).

É muito comum observar essa etapa nos adolescentes que estão internados nas Comunidades Terapêuticas, tendo em vista que parte deles chegam para o tratamento sob intermédio do juizado da infância e juventude. Dadas as condições, evidentemente o adolescente, num primeiro momento, se oferece ao tratamento, por julgar ser a melhor opção, dentre as apontadas pelo juizado, todavia mente no que tange a sua motivação intrínseca (auto-motivação). E o principal reflexo disso é o abandono precoce do tratamento, geralmente antes de completar dois meses (60 dias).

Portanto é fundamental aos terapeutas compreenderem o real estágio de cada indivíduo, para poder trabalhar as lacunas pendentes. Em outras palavras, se as primeiras etapas não forem bem alicerçadas, toda a terapia restante, por mais bem intencionado que seja, será um fardo a mais que certamente desmoronará a construção.⁷⁶

Na minha família eu não tive uma fase de ter muitas pressões, até mesmo porque na minha família havia uma tolerância ao consumo de álcool, eles não tinham uma visão problemática da coisa. Bebia-se em todos os eventos familiares e era comum alguém ficar bêbado. Tudo era motivo para uma festa e quando não tinha um motivo a gente inventava um. Só bem mais tarde ao casar, eu tive conflitos culturais, a família da minha esposa “não era dada ao vinho”, e as pressões começavam, por parte principalmente da minha esposa e da sogra, mas nunca fui internado nem fiz nada, digo, até fui no NA (AA eu nunca fui) e em igrejas, mas nunca por vontade própria, freqüentava pouco. Naquela época Deus ainda estava chamando pelo amor, mas nunca quis. [Entrevistado 3]

4.1.4 Motivação Intrínseca (Etapa 4)

Aceitação do uso de drogas e seus problemas associados, e um desejo expressado de mudança baseado em razões internas positivas e negativas.

- ✓ *Esta etapa é caracterizada como “motivação intrínseca”. Indivíduos são impelidos por várias “razões internas” para mudanças pessoais.*
- ✓ *As razões do indivíduo são baseadas nas percepções positivas e negativas de si próprio e de suas opções de vida.*
- ✓ *Razões positivas são expressadas em termos de auto-eficácia, possibilidades e desejos por um novo estilo de vida, de alcançar as coisas boas, por crescimento pessoal ou melhores relacionamentos sociais e com a família.*
- ✓ *Percepções negativas são expressas em termos de auto-reprovação com o desejo de abater ou eliminar sentimentos de culpa, ódio próprio ou desespero pessoal baseado em suas próprias feridas ou fracasso próprio e/ou com outros.*

⁷⁶ Em específico para adolescente que ingressam nas CTs, julga-se fundamental trabalhar quase que exclusivamente a motivação intrínseca dos mesmos. O adolescente precisa acima de tudo se auto-encontrar, deixar de ser um “peixe fora d’água”.

- ✓ *Contudo indivíduos motivados identificam fatores externos em seus problemas, eles também reconhecem e aceitam a sua pessoal contribuição para os seus problemas com a droga e com a sua vida.*
- ✓ *Muitas vezes as percepções positivas e negativas ocorrem juntas, e a importância relativa de cada uma pode variar através e pelo mesmo indivíduo.*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

A etapa da motivação intrínseca é, sem sombra de dúvidas, fundamental no processo de recuperação do dependente químico. Evidentemente tanto a motivação extrínseca com a intrínseca tem um teor significativo de subjetividade, isto é, poder-se-ia questionar, o quão motivado o indivíduo está. Em virtude disto, a sensibilidade do terapeuta novamente é de central importância.

Nesta fase procurar-se-á identificar principalmente qual o teor de motivação intrínseca do indivíduo, baseado nas razões que o mesmo aponta serem a “mola propulsora” dessa nova etapa de sua recuperação.

A princípio as razões apontadas pelo indivíduo são baseadas em percepções positivas e negativas que ele tem de si próprio e de suas opções de vida. Para uns o auto-reconhecimento do problema tem por *background* (pano de fundo) o desejo positivo de mudança, ser novamente alguém “pra cima”, alguém que “faz acontecer”. É o reconhecimento de que as SPAs tem obstruído canais de crescimento pessoal, assim como prejudicado no convívio familiar e social.

Já o segundo grupo de indivíduos, numericamente muito mais expressivo, chega na quarta etapa por razões baseadas nas percepções negativas, principalmente de si próprio e conseqüentemente das opções que traçou na vida, em virtude da dependência.

Estas razões são muito importantes, porque agora o indivíduo está diante do terapeuta e admite uma associação entre seu uso de drogas e outros problemas na vida, enquanto que na etapa anterior outros (familiares, empregadores, juizado) queriam que ele mudasse.

A capacidade para assumir a responsabilidade pelo transtorno decorrente do abuso de drogas é central nessa etapa:

A ênfase é posta na contribuição do *próprio indivíduo* para seus problemas no passado e para as soluções no presente e no futuro. [...] Eles podem não ser responsáveis por sua predisposição física para usar drogas nem por influências psicológicas e sociais que estão fora de seu controle, como o modo como foram criados e o ambiente social e familiar inicial, ou em alguns casos atual, de sua vida. Mas são responsáveis por suas ações e pelas opções que fazem, em particular no tocante ao uso de drogas. (DE LEON, 2003, p. 43)

O reconhecimento pessoal é contundente na quarta etapa:

A ficha caiu quando eu já usava compulsivamente e junto tinha uma fase de crise financeira, e também emocional e conjugal. A coisa tava feia, todos os lados estavam entrincheirados. Então, foi aí que eu realmente admiti [...] [Entrevistado 3]

Todavia, não basta reconhecer sinceramente o problema da dependência, sem uma ação pró-ativa. Isto é. Querer mudar, conforme será visto na etapa 5 (4.1.5);

4.1.5 Prontidão para mudanças (Etapa 5)

Desejo e vontade de procurar opções de mudança que não estão relacionadas a um tratamento.

- ✓ *Nesta etapa o indivíduo está intrinsecamente motivado mas ainda não aceitou verdadeiramente a necessidade de um tratamento.*
- ✓ *Eles vêem o problema de drogas deles como algo severo e primordial dentro de um contexto de outros problemas, trazendo como resultado em várias tentativas de suspensão além da simples desintoxicação para alcançar abstinência através de várias formas de autocontrole ou outras alternativas que não sejam tratamento: como a mudança geográfica, religião, emprego, relacionamentos (até mesmo superficiais entradas e saídas de situações de tratamento).*
- ✓ *Contudo esta etapa de prontidão é orientada pela ação, ela não é especificamente direcionada para o tratamento. Tratamento é julgado como desnecessário, ou não considerado, a rejeição corre porque o regime o como muito exigente, intrusivo, ou não praticável (impossível).*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

Passadas as quatro etapas iniciais, o dependente inicia uma nova etapa: *prontidão para mudanças*. A tabela 14 apresenta alguns sinais que indicam a prontidão para mudanças:

Tabela 14 – Sinais da prontidão para a mudança

1. **Menor resistência.** O paciente pára de argumentar, interromper, negar ou objetar.
2. **Menos perguntas sobre o problema.** O paciente parece ter informações suficientes sobre seu problema, e pára de fazer perguntas. Existe uma sensação de conclusão.
3. **Resolução.** O paciente parece ter chegado a uma decisão, e pode parecer mais calmo, relaxado, aliviado ou acomodado. Às vezes isso acontece após ele ter passado por um período de angústia e emotividade.
4. **Afirmações automotivacionais.** O paciente faz afirmações automotivacionais diretas, refletindo o reconhecimento de um problema (“Acho que isto é sério”), preocupação (“Isto me preocupa”), abertura à mudança (“Preciso fazer algo”), ou otimismo (“Vou vencer esta batalha”).
5. **Mais perguntas sobre a mudança.** O paciente pergunta o que pode fazer quanto ao problema, como as pessoas mudam, etc.
6. **Prefiguração.** O paciente começa a falar sobre como a vida poderia ser após uma mudança, a antecipar dificuldades se uma mudança fosse feita ou a discutir as vantagens de mudar.
7. **Experimentação.** Se o paciente teve tempo entre sessões, ele pode ter começado a experimentar abordagens possíveis de mudança (por exemplo, ir a um encontro de auto-ajuda, ficar sem usar drogas por alguns dias, ler um livro de auto-ajuda).

Fonte: Adaptado de Miller e Rollnick, 2001, p. 111

O indivíduo passa a esboçar atitudes pró-ativas, procura de diversas formas se ver livre daquilo que agora compreende ser “seu maior inimigo”. Lamentavelmente, a maioria dos DSPAs não conseguem largar o vício, exceto pelo tratamento. Apesar de relatos de indivíduos que afirmam: “no dia tal resolvi deixar a droga, eu deixei!”, julga-se que no máximo 20% conseguem essa proeza (CT10, 2003)

Sabe-se que o próprio dependente não tem esta iniciativa, na maioria das vezes, porque tratar-se significaria sair do mundo da fantasia, deixar de esconder-se atrás do efeito mágico das drogas. Significa também assumir a si e a sua própria realidade, enfrentar o mundo ao redor e aceitar as exigências no sentido de assumir as conseqüências das próprias atitudes, um novo sentido à sua vida. (LOURENÇO *in* SERRAT, 2001, p. 140)

Por maior que seja a vontade de mudança, o indivíduo é novamente, rapidamente, persuadido pelo meio em que vive, “amigos”, problemas financeiros, familiares, conjugais, e prontamente aceita a SPA novamente como “válvula de escape”.

[...] eu pensei demais na minha vida e quis mudar, minhas irmãs choravam muito. Eu fiquei 15 dias sem beber, fiquei sem dormir, com os olhos abertos, eu sabia se saísse de casa iria voltar na hora pra cachaça. [Entrevistado 1]

Eu já sabia que tinha o problema mas não sabia por mim mesmo a cura, eu mesmo não sabia o que era o alcoolismo, que era uma doença. Nunca fui atrás para procurar ajuda. Eu resolvi adicionar água na mesma proporção da bebida para diluir a mesma, essa era uma das técnicas que eu usava. Eu chegava a beber de 2 a 2,5 litros de Vodka por dia. Outra tentativa minha era reduzir o tempo de consumo pela metade, mas isso também nunca funcionou. Meio ano antes deu me internar, meus pais sugeriram, mas eu não aceitei, queria tentar sozinho. [Entrevistado 2]

Por vezes eu tinha o propósito de mudança e ficava períodos, por conta própria, abstinente. Cheguei a ficar até 2 anos, mas geralmente 3 meses, 1 mês, mas as recaídas eram certas, recaídas seqüenciais, porque não tinha um trabalho que trabalhava na base. Qualquer novo desajuste emocional, profissional, conjugal era motivo pra voltar a ativa. [Entrevistado 3]

Cabe destacar o depoimento do entrevistado 3, que afirma ter ficado longe das SPAs por um longo período de tempo. No entanto, lhe faltava a “base” para resistir as grandes tentações da vida.

Por vezes a reação, após inúmeras tentativas de mudança tente ao desânimo:

Alguns pacientes não tem dificuldade para aceitar o fato de que a maneira como pensam afeta seus sentimentos e sua maneira de agir. Mas ainda assim retrucam:

“É fácil para você, que é terapeuta, dizer isso; mas eu não posso modificar meu modo de ser”.

O falso conceito aí é o de que os outros podem ser pessoas felizes; os outros podem ter uma experiência com Deus; os outros podem modificar seus falsos conceitos; os outros podem libertar-se das preocupações, da depressão ou da raiva; mas eu não! [...] O viciado em drogas crê que não pode largar a droga”. (BACKUS; CHAPIAN, 1989, p. 24)

E nessas horas de total desalento é preciso ter alguém que aponte o tratamento como única forma de recuperação. Alguém para ajudar o dependente a superar um de seus maiores entraves: seu *próprio eu*. Reconhecer que “preciso de ajuda”, “sozinho eu não consigo mais” e confessar sua impotência perante a droga, é o início da etapa 6 (ver item 4.1.6).

4.1.6 Prontidão para o Tratamento (Etapa 6)

Rejeição de todas as outras opções de mudança com exceção do tratamento.

- ✓ Aqueles que estão *prontos para o tratamento* rejeitaram todas as outras opções para uma mudança – isto é, eles compreendem que o tratamento é a sua única alternativa.
- ✓ Normalmente, motivação intrínseca e tentativas frustradas no passado para mudança própria são as influências dominantes (principais) para a procura por tratamento.
- ✓ Eles reconhecem o uso de drogas e problemas relacionados como auto destrutivos ou destrutivos para os outros; e notavelmente, eles aceitam que outras tentativas de mudança são insuficientes ou não funcionam.
- ✓ Uma característica fundamental desta etapa é que o indivíduo reconhece a necessidade de mudança completa, não apenas a dependência de substâncias químicas.
- ✓ Muitas vezes estes indivíduos declaram que eles querem fazer o que for necessário para poder mudar. Eles estão preparados para desistir de conveniências, recursos e o estilo de vida, relacionado a drogas para receberem ajuda.

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

A sexta e última etapa da fase do pré-tratamento é a *prontidão para o tratamento*. Quando o dependente rejeita todas as outras opções para uma mudança e aceita no tratamento a sua única alternativa de mudança. Ele reconhece que não é mais o “dono da situação”, e sim que precisa urgentemente de ajuda. Se caracteriza uma entrega, e o profundo desejo de seguir rigorosamente as recomendações terapêuticas.

A maioria dos residentes que vão para CTs indica que sua motivação para a mudança é um composto de pressões externas e internas (por exemplo, Condelli, 1986, De Leon et al., 1994). Mas relativamente poucos estão de fato prontos a empreender o longo, árduo e com freqüência atemorizante esforço envolvido na mudança pessoal na CT. A preparação, definida como a disposição do indivíduo a se engajar ativamente no processo de mudança, tem sido identificada como fator vital na recuperação entre usuários abusivos de substâncias em geral. Os indivíduos em CTs exibem preparação quando desistem de, ou rejeitam, todas as outras opções de mudanças que não a residência de longo prazo no programa. (DE LEON, 2003, p. 75)

Ocorre, no entanto, que alguns indivíduos mesmo se dispondo para um tratamento não querem se submeter às regras, ainda estão interessados num alívio e não no tratamento propriamente dito. De Leon (CT10, 2003) sugere, na entrevista de admissão, para o tratamento na CT “testar” a real motivação do indivíduo, propõe confrontá-lo com alguns fatos: na nossa CT a comida não é tão gostosa como a que você costuma receber em casa; na nossa CT você vai dividir um quarto com mais 3 pessoas, e existem rigorosas regras de silêncio; na nossa CT você não verá sua família nem amigos por longos 60 dias; na nossa CT você terá que participar de todas as atividades propostas no cronograma semanal. Após descrição completa do que é um tratamento na CT, são duas as possibilidades de resposta, uma é “vou pensar a respeito” (*I think it over*) e a outra “eu faço o que for preciso fazer” (*I do what ever I have to do*). A pessoa que responde “vou pensar a respeito” não está preparada para o tratamento, já quem responde “eu faço o que for preciso fazer” tem uma resposta conclusiva, fruto de um profundo reconhecimento da importância do tratamento como única opção de mudança.

Para você ter uma idéia, quando eu fiz a minha entrevista com o Alair no CERENE em Blumenau eu fui com um maço de cigarros no bolso da camisa, após greve diálogo, o Alair telefonou para um obreiro e perguntou se tinha vaga para um residente fumante (porque lá era assim, quartos para pessoas que fumavam e quartos de não fumantes), e a resposta foi que somente tinha 1 (uma) vaga na casa e era para não fumante. Então o Alair disse, é uma pena amigo mas não tem vaga para você. Mas aí eu disse, eu preciso me tratar, eu quero me tratar. O Alair disse: De verdade! Eu disse: De verdade!, tome, entreguei o maço de cigarro, não vou fumar mais. O Alair não quis aceitar porque disse que estaria me dando a vaga mas em seguida eu iria começar a fumar novamente e então não teria onde ficar... eu disse que não fumaria mais. Desde aquele dia não fumo mais. Eu estava totalmente decidido, era a minha última chance, fiz todo o tratamento e nunca mais usei drogas. [Entrevistado 3]

Eu sabia com certeza que sozinho eu não conseguiria sair dessa, eu sabia com certeza que tinha que fazer o tratamento, era “pegar ou largar”. [Entrevistado 1]

Antes de eu ir para o CERENE eu já tinha comentado com algumas pessoas que queria fazer um tratamento. Mas foi quando o “João Agostinho” que tinha sido internado no CERENE me disse que tinha essa opção que eu fui atrás. Na empresa onde eu trabalhava o médico não quis assinar a papelada necessária para eu ir, mas o chefe de RH, Sr. Adalto, pediu, ou melhor exigiu. Aí deu tudo certo, a prefeitura de Rio Negrinho me levou para o CERENE de Blumenau, na época ainda não tinha em São Bento. [...] Foi tudo resolvido rapidamente. O surpreendente foi que eu tinha apenas de 6 a 8 meses naquela empresa, seria muito mais ‘simples’ o chefe de RH me demitir, mas não, ele me deu uma chance, eu agarrei ela, e em setembro vai fazer 5 anos que tive alta no CERENE. Eu fiquei 6 meses internado, fiz o tratamento

completo. E desde que sai do CERENE voltei para a empresa onde sou respeitado. [Entrevistado 5]

Eu fui consciente querendo ir. Era a minha chance. Quinze dias antes eu bebi muito, horas antes de fazer a entrevista eu bebi pela última vez, e com gosto, 1 cerveja e 3 vodkas, no bar que ficava perto do CERENE. Fiz e entrevista meu alto, mas eu coloquei na cabeça que vou ficar os seis meses no CERENE. Já sempre fui muito decidido nas coisas, falei e fiz assim. [Entrevistado 6].

No relato dos entrevistados 1, 3, 5 e 6 ficou muito claro a determinação dos mesmos para o tratamento, já o entrevistado 2 usava o tratamento como “muleta” (julgava que caso tivesse uma recaída voltaria para um tratamento), enquanto que o entrevistado 4 foi internado por diversas vezes, mas sempre se encontrava na etapa 3, isto é, por motivação extrínseca.

4.2 Etapas Relacionadas ao Tratamento (7-10)

Tratamento de dependência pode ser tão bem sucedido quanto o tratamento de outras doenças crônicas como diabetes, hipertensão e asma. (*Principles of Drug Addiction Treatment: a research-based guide* [Princípios de tratamento de dependência de drogas: um guia baseado em pesquisas]. *National Institute on Drug Abuse*, 1999⁷⁷)

As próximas etapas refletem mudanças que ocorrem normalmente para experiências particulares do tratamento, mas não exclusivamente em comunidades terapêuticas.

Etapa 7 - Desintoxicação

Etapa 8 - Abstinência

Etapa 9 - Continuidade

Etapa 10 - Mudança de Identidade e Integridade

4.2.1 Desintoxicação (Etapa 7)

Deteção do uso ativo de drogas; desintoxicação farmacológica e comportamental.

- a) O ato de largar a dependência gera um processo de desintoxicação que é multi-dimensional:
1. *Físico*, parar de ingerir todas as drogas não prescritas e parar com o comportamento de busca a droga.
 2. *Psicológico*, Parar de pensar aspectos relacionados à droga.

⁷⁷ Material informativo do ONG jointogether.org.

3. *Social*, separar (distanciamento) de pessoas e situações relacionadas a droga.
- b) Nesta etapa o indivíduo está focalizado numa muralha com mudanças turbulentas associadas a suspensão do uso da droga:
1. Isso inclui a típica experiência psicológica e psicofisiológica de uma maneira nova, alterada como ânsia (desejo ardente), pensamentos e atitudes relacionadas a droga, assim como pensamentos e sentimentos que são distorcidos pelo uso crônico da droga.
 2. Os Níveis de tolerância flutuam para todas as desconformidades, sensações e emoções.
 3. A duração do episódio da liberdade da droga é muitas vezes acompanhada da “disposição paradoxal” e das mudanças cognitivas⁷⁸ (exuberância e depressão; esperança e desespero; fé e falta de fé na recuperação; desejo ardente e indiferença; receptividade e rejeição ao tratamento)
- c) Desintoxicação é um ativo processo e etapa de aprendizado de abstinência, que muitas vezes pode ser enfraquecida pelo pensamento, percepção e sentimentos relacionados as etapas anteriores. Isso pode gerar um uso intermitente da droga primária ou de outra substância.
1. Para aqueles em programas restritos como os CTs (Comunidades Terapêuticas) o processo de aprendizado da abstinência pode levar a uma desistência prematura levando novamente ao uso da droga.
 2. Os estabelecimentos menos restritos como por exemplo um tratamento ambulatorio, o uso ativo pode continuar durante o tratamento, com um declínio frequente.
- d) A re-ocorrência do uso da droga na etapa da desintoxicação é melhor compreendida como uma característica de *aquisição* da abstinência do que um *relapso*, que implica em uma reversão para o uso após um período estável de abstinência.

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

As questões ligadas à desintoxicação para DSPAs que entram em CTs têm de ser entendidas da perspectiva da CT, que é orientada para a recuperação. Num primeiro momento as metas da desintoxicação são a redução do incômodo físico e psicológico associado com a escalada da dependência e a interrupção do período de perda de controle. (DE LEON, 2003)

Agora essa etapa também é muito crítica, porque num primeiro momento o residente pode dizer “eu faço o que for necessário”, mas quando ele tem que cumprir com seus afazeres na CT ele não quer e/ou desiste facilmente⁷⁹.

Para as pessoas suscetíveis a reações físicas de abstinência, os primeiros dias sem a substância podem constituir um período contínuo de alto risco. A fissura física por álcool pode ser experienciada como um resultado de abstinência (e o desejo para aliviar este sofrimento pela continuação do uso de drogas) ou exposição à droga ou

⁷⁸ Segundo Marlatt e Gordon (1993, p. 115) são três os principais fatores cognitivos, os quais estão interligados e exercem papéis significativos no processo de recaída. “O primeiro, *auto-eficácia*, refere-se à percepção do indivíduo sobre sua capacidade para lidar com situações de alto risco. O enfrentamento eficaz numa variedade de situações de alto risco aumenta o senso de auto-eficácia e diminui a probabilidade de recaída, enquanto experiências de fracasso têm o efeito oposto. Quando a incapacidade do indivíduo para lidar com uma situação de alto risco está associada com uma percepção de eficácia diminuída, a atração pela ‘bengala de enfrentamento’ ou substância adictiva aumenta, mediado por *expectativas de resultado positivos* para os efeitos da substância ou atividade adictiva, o segundo fator cognitivo da seqüência de recaída. Se o indivíduo, então, engaja-se na atividade-tabu, o terceiro processo cognitivo, atribuição de causalidade, torna-se importante na determinação se o primeiro lapso ou deslize precipitará ou não uma plena recaída”. O livro “Psicoterapias cognitiva e construtivista: novas fronteiras da prática clínica” de Abreu, Roso e Cols (2003) fornece as premissas teóricas dessa abordagem e reforça os apontamentos de Alan Marlatt e Judith Gordon.

⁷⁹ Nos adolescentes é muito comum observar este tipo de comportamento. Eles têm uma facilidade muito maior em desistir. Para os adolescentes, sugere-se, em especial nos primeiros 60 dias de internação, concentrar os esforços em motivá-los a permanecer no tratamento, ao invés de formulações abstratas de recuperação.

sinalizadores relacionados a esta que causam reações antecipatórias condicionais. A exposição direta a esses indicadores [...] quase sempre constitui uma situação de alto risco, sobretudo nos primeiros estágios da abstinência. (MARLATT e GORDON, 1993, p. 68)

A desintoxicação (farmacológica, comportamental, social) é um período bastante turbulento, o nível de tolerância neste estado é muito inconstante – por vezes toleram com maior facilidade certos fatos e noutros não. As oscilações são freqüentes nessa etapa: esperança e desespero, desejo ardente e indiferença, receptividade e rejeição ao tratamento, fé e falta de fé na recuperação.

A fissura, também conhecida como *craving*, é notória nesta etapa, diz respeito a um mecanismo que se desencadeia no cérebro da pessoa tão logo ele vê a droga e/ou passa a imaginar a droga⁸⁰, depois que o indivíduo fica dependente é praticamente impossível ver a droga e resistir ao desejo de usá-la. De acordo com De Leon (2003, p. 46):

A recuperação estabilizada requer que a pessoa resista às fissuras. Os profissionais da CT evitam cuidadosamente oferecer alívio direto para os incômodos ligados à abstinência depois do abuso de substâncias, de modo a não aumentar inadvertidamente a baixa resistência a esses incômodos. Não se atenuam as queixas associadas com a abstinência nem com reações às fissuras – exceto em termos de compreensão pelos companheiros e pela ação destes de estimular a resistência diante desses estados transitórios.

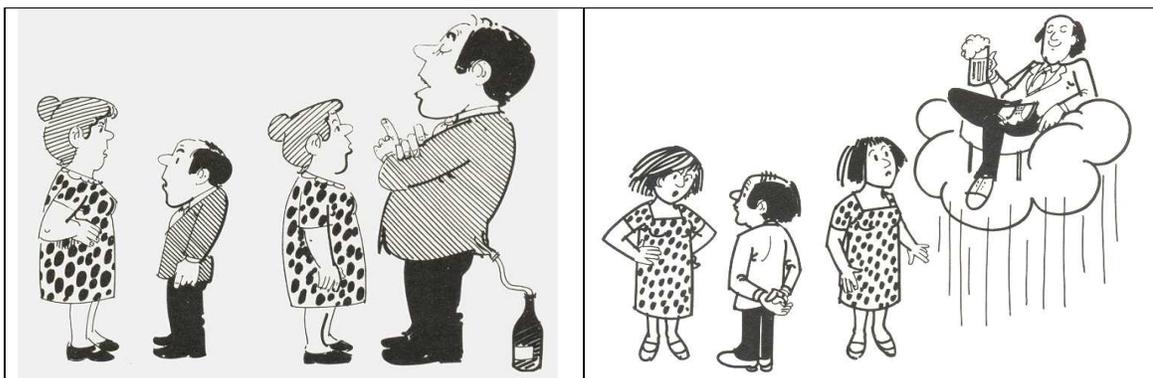
Já Marlatt e Gordon (1993, p. 9-10) complementa:

É importante notar que a **fonte da compulsão** [gripo próprio] amiudadamente é considerada como enraizada na química orgânica interna, em especial experiências tais como “fissura” física por determinada droga. Uma ênfase demasiada sobre fatores fisiológicos internos negligencia a possibilidade de esses comportamentos serem altamente influenciados pelas *expectativas* do indivíduo ou a antecipação dos efeitos desejados da atividade. Pesquisas recentes sugerem que fatores cognitivos e ambientais, como contexto e ambiente, seguidamente exercem maior influência na determinação dos efeitos da droga do que os efeitos farmacológicos ou físicos da própria droga (cf. Marlatt & Rohsenow, 1980). A principal implicação destas pesquisas é que os processos cognitivos tais como expectativa e atribuição são aprendidos e, portanto, estão mais propensos à modificação e à mudança do que processos fisiológicos relativamente fixos.

No tocante ao supracitado, Hermann Haegerbaumer saliente a importância da auto-superação do indivíduo frente às fissuras, assim como demais obstáculos que tendem a

⁸⁰ Por exemplo, residentes das CTs podem vivenciar fissuras meses depois da interrupção do uso de drogas, de modo geral em decorrência de fatores sociais (tensões interpessoais ou conversas sobre drogas), emocionais (desilusão, mágoas ou frustrações) ou circunstanciais e materiais (volta aos antigos lugares freqüentados, contato com usuários ativos ou visão da parafernália associada ao uso de drogas). (DE LEON, 2003, p. 46)

provocar relapsos na trajetória de recuperação. Constata, pautado na sua ampla vivência clínica, que muitos DSPAs foram mimados, super protegidos, na infância, e agora na etapa da desintoxicação tem dificuldade redobrada de, por conta própria, superar os problemas do cotidiano. Exemplifica da seguinte forma: quando a criança está diante de um problema novo, diante de um obstáculo que deve ser transposto, alguns pais, ao invés de permitir a criança transpor o problema sozinha, passam a “limpar a barra” para o filho. Às vezes o “limpador de barras” é o irmão mais velho, ou um primo, ou os avós, entretanto, mais cedo ou mais tarde, não tardará o dia em que o indivíduo, já não mais criança, terá que “encarar” alguns problemas sozinho. E justamente nestes momentos, onde o indivíduo se encontra impotente diante do obstáculo, desesperado pela falta do “limpador de barras”, quando a droga se apresenta como “ajuda”.



Fonte: Rieth, 1992, p. 48 e 53. [Ilustrações de Heinz Giebeler]

Figura 2 – Algum problema?! Deixe-me (SPA) “ajudar”.

Poder-se-ia afirmar, que a cada problema (obstáculo, desafio) não superado, o indivíduo deixou de “subir” um degrau na sua evolução de aprendizado. Motivo que explica as grandes lacunas sentimentais e comportamentais existentes na maioria dos DSPAs. Julga-se que na CT o residente encontre um ambiente que procura constantemente estimulá-lo a vencer etapas e “subir” degraus na vida.

Eu sempre procurei me manter bem ocupado, através da história dos outros eu também aprendia muita, em especial com os mais velhos do que eu. [Entrevistado 5]

A etapa da desintoxicação é a primeira que confronta categoricamente o indivíduo por estímulos a superar “por conta própria” uma série de novos desafios, e percebe-se que gradativamente o residente aprende a mudar. No entanto, cabe destacar, que recaídas são comuns na etapa da desintoxicação, é salutar entender a recaída como um erro, mas jamais como um fracasso. Evidentemente procura-se transpor todas as etapas sem que haja recaídas, mas deve-se saber que a recaída faz parte de uma caminhada rumo à mudança do estilo de vida. (De Leon, 2003).

4.2.2 Abstinência (Etapa 8)

Liberdade do uso estável de drogas por um período contínuo, normalmente superior ao maior período histórico do indivíduo em liberdade do uso da droga.

- a) Nesta etapa a estabilização fisiológica e psicológica da liberdade do uso da droga é realizável.
- b) Ocorre a substituição da turbulenta desintoxicação associada à aquisição da abstinência, para ativamente lidar com a direta e imediata ameaça de sustentar a abstinência. Isto envolve reconhecimento dos **externos** avisos do uso da droga e do aprendizado do comportamento e pensamento de resistir através de *fuga, distração e busca por amparo*.
- c) Apesar dos indivíduos estarem focados no autocontrole em relação às sugestões externas, eles iniciam uma auto-examinação dos contribuintes psicológicos e **internos** para o seu problema de uso e uma reorganização do plano de vida diário.
- d) Socialmente eles se “conectam” a uma “rede” que visa viver livre do uso da droga e iniciam rupturas em relacionamentos.

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

A abstinência do uso de SPA é uma das etapas mais desafiadoras na difícil caminhada de recuperação do indivíduo, as lutas contra a “carne e o espírito⁸¹” são intensas, e por vezes, demasiadamente sofridas.

Conforme Marlatt e Gordon (1993, p. 11) “Aqui, a ênfase muda de ‘Por que’ para ‘Como’ - de ‘Por que sou um alcoólico [dependente] e por que devo abster-me?’ para ‘Como saio desta armadilha? Como posso parar com este hábito antigo e controlar sua ocorrência no futuro?’” [complemento próprio].

Os residentes têm de adquirir a capacidade de reconhecer os elementos que desencadeiam ou incitam seu uso de drogas, as pessoas, os lugares e as influências externas que os fazem sentir a fissura de ficar “numa boa”. Mas também têm de vir a reconhecer os pensamentos, sensações e sentimentos (influências internas) que provocam a fissura, a busca de drogas e outros comportamentos derrotistas e

⁸¹ fisiológico (carne) e psicológico (espírito).

autodestrutivos. O reconhecimento das influências presentes sobre seu comportamento facilita o aprendizado do controle delas, o que reforça o sentido de eficiência pessoal. (DE LEON, 2003, p. 78)

Tanto na fase da desintoxicação como da abstinência é salutar evitar pessoas e ambientes que causem fissuras, Washton (apud LEITE, 2003, p. 13) comenta que

Os dependentes em tratamento nunca devem testar-se, para saber “como estão indo no tratamento”. Este fenômeno é muito visto entre os pacientes, que acreditam que “passando no teste” estarão provando que voltaram a conquistar o controle sobre a droga e que “jamais irão consumir novamente”. Infelizmente, nada poderia ser mais falso que isto. Mesmo passando no “teste” o paciente estará mais próximo de uma recaída, tanto por ter se aproximado do ambiente de consumo como, provavelmente, por excesso de autoconfiança.

Nessa fase o residente, pelo pouco tempo de tratamento, ainda não está devidamente preparado para reconhecer plenamente seus limites. Por vezes julga já estar apto para “enfrentar os problemas da vida”; no entanto, é sabido que, conforme ver-se-á nas etapas 9 e 10, faz-se vital uma mudança substancial no estilo de vida do indivíduo.

Tabela 15 – Abstinência de Substâncias – DSM-IV

Características Diagnósticas

A característica essencial da Abstinência de Substância é o desenvolvimento de uma alteração comportamental mal-adaptativa e específica à substância, com concomitantes fisiológicos e cognitivos, devido à cessação ou redução do uso pesado e prolongado de uma substância (Critério A). A síndrome específica à substância causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes (Critério B). Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental (Critério C). [...] A maior parte dos indivíduos com Abstinência (talvez todos) tem uma premência por readministrar a substância para a redução dos sintomas. O diagnóstico de Abstinência é reconhecido para os seguintes grupos de substâncias: álcool; anfetaminas e outras substâncias correlatas; cocaína; nicotina; opióides; e sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos. Os sinais e sintomas de Abstinência variam de acordo com a substância usada, sendo a maior parte dos sintomas o oposto daqueles observados na Intoxicação com a mesma substância. A dose e a duração do uso e outros fatores tais como a presença ou ausência de doenças adicionais também afetam os sintomas de abstinência. A Abstinência desenvolve-se quando as doses são reduzidas ou cessadas, ao passo que os sinais e sintomas de Intoxicação melhoram (gradualmente, em alguns casos) após a cessação das doses.

Critérios para Abstinência de Substância

A) Desenvolvimento de uma síndrome específica à substância devido à cessação (ou redução) do uso pesado e prolongado da substância.

B) A síndrome específica à substância causa sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo no funcionamento social, ocupacional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo.

C) Os sintomas não se devem a uma condição médica geral nem são melhor explicados por outro transtorno mental.

Fonte: Adaptado do DSM-IV, 1995, p. 180–181.

De acordo com Loewenstein (apud BAZERMAN, 2004, p. 79), “manifestações de estados fisiológicos tais como o desejo incontrolável induzido pela abstinência, estados

impulsivos como fome, sede e desejo sexual e humores e emoções criam inconstâncias entre deliberação e ação.”

O aprimoramento da compreensão dessas manifestações e desejos, gradativamente repreende (limita) a “fissura” pela SPA e os laços de relacionamentos com pessoas e ambientes cúmplices do uso e/ou abuso de SPAs. O indivíduo gradativamente anseia por uma vida sóbria.

Tudo que aconteceu comigo no tratamento foi “a tua cabeça”. Aí você sabe o que você quer fazer lá fora. [Entrevistado 5]

Um dia eu estava tomando café da manhã no CERENE, quando de repente fiquei muito angustiado, mas eu não tinha motivos – eu falei com Deus e pedi para tirar isso de mim, foi como um milagre. Eu pude ajudar muitos a ficar e terminar o tratamento. Alguns entretanto querem, depois de 2 meses, voltar para casa, dizem estar preocupados com a família. Eu sempre dizia, quando você estava bêbado ou drogado não estavas nem aí para a família, e agora que eles estão felizes por você fazer o tratamento queres ir? Isso não faz sentido! Na verdade é a fissura, é querer sair, achando que já está bom. [Entrevistado 6]

4.2.3 Continuidade (Etapa 9)

Sobriedade e determinação pessoal de adquirir ou manter o comportamento, atitudes e valores associados com o estilo de vida livre das drogas.

- a) Nesta etapa a abstinência continua mas com uma ênfase para a auto-examinação e gerenciamento da vida.
- b) Acontece um reconhecimento mais profundo das causas que contribuíram para o uso da droga, para o pensamento e para os problemas psicológicos e sociais relacionados.
- c) O estímulo que causa estresse é externo (circunstancial e situacional) e interno (estados afetivos e cognitivos) que levam a um novo uso da substância. Isto envolve identificação das situações que estão relacionadas aos agentes estressores internos, e as modificações das características reações negativas, ambas emocionais e cognitivas que eventualmente levam a um comportamento negativo e precipitado e/ou o uso da droga.
- d) Adicionalmente, nesta etapa indivíduos tomam atitudes psicológicas importantes e estabelecem objetivos sociais. Eles adicionam planos para melhorar as circunstâncias da vida, trabalho, relacionamentos, saúde, obrigações e responsabilidades.
- e) Terapia e outra assistência são estratégias utilizadas para suportar e orientar o alcance destes objetivos, ou para lidar e aprender dos recuos.
- f) A rede (grupo) social do indivíduo é exclusivamente composta por pessoas no mesmo nível e outros que dão suporte ao processo de recuperação.
- g) Tem marcadores distintivos nesta etapa relacionados as drogas e as mudanças do processo. Primeiramente, drogas não são mais vistas como uma opção de lidar com os problemas e experiências da vida. Agora, drogas são vistas como ineficientes em providenciar liberdade, satisfação ou cura, e o uso da droga é visto como fator causador de mais problemas. Pensamentos relacionados à droga (antecipação de elevação, cinismo, rejeição social etc.) são menos frequentes e não competem com os pensamentos de sobriedade (devo lidar com a realidade e comigo mesmo). A segunda marca é o comprometimento para um processo de mudança pessoal. O indivíduo reconhece que o *processo de mudança por si só é uma constante luta, e aceita este fato com entusiasmo, confiança e humildade.*

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

É fundamental que o indivíduo assimile um novo modelo de conduta, onde existem limites e cuidados a serem tomados. Hans Georg Fischer costuma dizer: “Se eu sei que ali é a linha do abismo, prefiro andar a 10 metros de distância da mesma”. Em outras palavras, o indivíduo por convicção própria passa a entender e reconhecer que diversos lugares e situações não são apropriados. Nas CTs, após vencidas as etapas de desintoxicação e abstinência, há um enorme esforço no que tange a etapa da continuidade. As CTs, por si só, tem enraizado o conceito de continuidade, crêem fervorosamente na importância do indivíduo aprender que as drogas são sinônimo real de problemas e desgraças, e que viver sobriamente é um grande privilégio.

Eu firmei dois compromissos quando sai do CERENE, um com Deus e o outro com a minha família, que eu nunca mais iria beber. E eu não quero desapontá-los. [Entrevista 6]

E nessa fase o residente também reconhece que viver sobriamente é uma conquista diária, é um compromisso firmado no âmago de seu ser, de forma entusiasmada, confiante e humilde.

Os terapeutas das CTs têm um papel limitado, porém norteador nessa etapa:

O terapeuta tem um papel limitado, mas crítico, de ensinar aos clientes como alterar processos cognitivos mal-adaptativos e contingências ambientais... Uma vez ensinados a reconhecer e a controlar tais contingências, espera-se que os clientes estabeleçam seus padrões, monitorem seu próprio desempenho e recompensem ou reforcem a si mesmos apropriadamente... (BRICKMAN *et al.* apud MARLATT e GORDON, 1993, p. 14)

À luz do esboçado anteriormente, convém lembrar que também nessa etapa o tempo é um fator subjetivo, varia de indivíduo para indivíduo. Porém a duração dessa etapa em específico gera fortes controvérsias nas CTs, pois algumas entendem que este período de aprendizado requer um tempo x, enquanto outras alocam um tempo y.

As CTs que trabalham com um tempo de tratamento bem reduzido (por exemplo, 3 meses) alegam ser tempo suficiente, e as eventuais correções devem ser feitas nos grupos de auto-ajuda, alegando de forma ilustrativa “que a maçã que fica demais tempo no pé apodrece”. Em contrapartida, diversas CTs que adotam um tempo de tratamento longo (por

exemplo, de 12 a 18 meses) reforçam categoricamente que esse tempo, em especial dedicado à etapa da continuidade serve para moldar o novo caráter do indivíduo, portanto é de alta relevância, em outras palavras “a maçã colhida muito cedo não serve”.

A comunidade terapêutica (CT) é uma cultura de mudança. Todas as atividades, papéis sociais, interações interpessoais e ensinamentos comunitários centram-se no tema da mudança individual. Qualquer mudança no sentido do bem viver e de identidades sociais e pessoais positivas é considerada um progresso. (DE LEON, 2003, p. 361)

O CERENE adota o tempo de tratamento de 6 meses, poder-se-ia afirmar que os dois primeiros meses são exclusivamente destinados a motivação, desintoxicação e abstinência, sendo que o tempo restante, 4 meses, é voltado para a fundamental etapa da continuidade.

De acordo com Hans Georg Fischer,

percebe-se que as chances de permanecer no caminho sem drogas dos internos que concluíram o tratamento é muito maior dos que saem antes. Mudar o caráter de uma pessoa demora. [...] O CERENE permite, caso verificada a necessidade, que o interno fique além dos 6 meses, por mais um período de tempo. Algumas pessoas precisam desse tempo a mais. Mas não é nosso objetivo, não queremos que os internos fiquem no “mundinho do CERENE”, queremos prepará-los para a vida, a vida em sociedade.

George De Leon (CT10, 2003) sugere que os tratamentos em CTs tenham de 12 a 18 meses. Argumenta que os indivíduos internados em CTs, na maioria das vezes, vêm de situações de alta vulnerabilidade social; logo, esse tempo é vital para que se possa efetivamente recuperar o indivíduo tanto no quesito físico, emocional como espiritual.

De acordo com Neto (1990, p. 138) “[...] o tratamento deve ser encarado como uma viagem longa, em que o fundamental é o contato humano que leva a transformação da personalidade do tóxico-dependente. Espera-se um percurso de alguns anos, com recaídas, embora o jovem possa ficar abstinente após um pequeno número de consultas”

E complementa: “Não se consegue tratar tóxico-dependente se a sua personalidade não for modificada. Isso acontece, por vezes, ao fim de um ano ou dois de contato assíduo com o médico ou em psicoterapias. Um tóxico-dependente deve tratar-se durante 1/3 ou ¼ do tempo em que andou na droga.” (NETO, 1990, p. 160).

4.2.4 Mudança de Identidade e Integridade (Etapa 10)

A inter-relação das influências do tratamento, experiências das etapas de recuperação, e das vastas experiências de vida resultam numa mudança interna e auto-influenciada na identidade pessoal e social.

- a) Emerge na maioria das vezes após a separação do tratamento e de um período substancial de sobriedade na sociedade em geral.
- b) É uma etapa larga sem ponto final característico, no qual continuam mudanças que refletem os aprendizados do tratamento, das etapas iniciais e das experiências adquiridas no dia a dia.
- c) Os critérios e as estratégias do tratamento são validados através *das experiências confirmatórias* e são generalizadas para novas situações sociais e pessoais. Indivíduos obtêm perspectiva nas suas experiências do tratamento, seus benefícios, limites, e utilizações na facilitação de seu próprio crescimento.
- d) Nesta etapa a *sobriedade está internalizada*. – o indivíduo não pensa conscientemente sobre manter a sobriedade, mas aceita o fato como um *pré-requisito* de viver corretamente.
- e) Afiliações ocorrem em uma tendência envolvente e de “normal fraternidade” incluindo família, trabalho, profissão, religião, amigos e pessoas em recuperação.
- f) Adequação a vida e atualização são os problemas em vez dos problemas relacionados a recuperação da dependência química. Em seu foco no crescimento pessoal, fisiológico e existencial, o indivíduo poderá vir a utilizar assistência profissional ou orientação.
- g) A mudança na identidade é a marca diferencial nesta etapa de integração. Nenhuma etiqueta descreve como dependentes de substâncias psicoativas vêm a si próprio, mas várias das mais frequentes etiquetas sociais que mudam durante o tratamento são de dependente, em recuperação e não dependente. Afastado dos padrões sociais para pessoa convencional, de bebê para adulto, de antisocial para cidadão proativo na sociedade.
- h) Estas etiquetas refletem mudanças significativas no estilo de vida, valores e atitudes, assim como revisão da auto-percepção. Os indivíduos não são mais tratados pelas pessoas de maneira associada com o seu passado de usuário de substâncias psicoativas. Ele/ ela pode auxiliar outros dependentes com funções invertidas, como exemplo, assistente/ ajudante, sem serem questionados quem eles são e onde eles estão em sua própria recuperação.
- i) A mudança de identidade é gradual, assim que os elementos de identidade modificam há evidências através das etapas. Porém, é o contraste *perceptível* consciente que caracteriza as mudanças da identidade, na qual o indivíduo estrutura a retrospectiva de suas auto-percepção: “*antes era quem eu era*” e “*Agora é quem eu sou*”.

Fonte: Adaptado de CT10, 2003.

Nesta etapa a sobriedade está internalizada, isto é, o indivíduo não mais se preocupa conscientemente em manter a sobriedade, mas aceita a fato como sendo um pré-requisito da nova opção de viver pela qual se decidiu.

Julga-se, ao deixar a CT, fundamental que o indivíduo se vincule ativamente a um grupo de auto-ajuda. Reafirmando os comentários de Hermann Haegerbaumer, dos ex-residentes de CTs que após o tratamento freqüentam regularmente um grupo de auto-ajuda, estima-se que 80% permanecem abstinentes. Já dos ex-residentes que não optaram por nenhum grupo de auto-ajuda, somente 20% evitaram uma recaída. Entretanto afirma, com pezares, que a minoria dos ex-residentes fazem uso dos grupos de auto-ajuda.

Pautado nas respostas dos ex-residentes que foram entrevistados, percebe-se a importância do grupo de auto-ajuda. Da mesma forma, alguns desafios se caracterizaram, conforme manifesto:

Participo semanalmente. [Entrevistado 1].

Não só participo num grupo de auto-ajuda, como lidero o mesmo. Aprendi que além de estar me ajudando, estou ajudando muitos outros. Muitas vezes a pessoa que tem problema até demora para participar, mas a família comparece, o que já é muito valioso. Num grupo de auto-ajuda você vê vidas sendo transformadas. [Entrevistado 2]

O grupo de apoio é fundamental. É um lugar onde semanalmente o indivíduo é confrontado a reafirmar seu compromisso. Onde em conjunto pode falar de seus problemas, de uma forma super sincera e com o sigilo do grupo. [Entrevistado 3]

Sim, eu participei dos grupos de auto-ajuda, mas somente por pouco tempo. Achei meu vazio. Sem conteúdo. [Entrevistado 4]

Eu desde que sai do CERENE participo do grupo de apoio. Somente não vou quando tenho que trabalhar justamente no horário do encontro, mas isso quem decide é a empresa, meu chefe. Eu não sei, mas talvez a minha recuperação foi tão boa justamente por causa do grupo de apoio. Eu acho muito importante, também para ajudar outros. [Entrevistado 5]

Sinto falta de ajudar num grupo de apoio. No momento não participo, porque trabalho quartas-feiras à noite, justamente no horário do grupo de apoio. Mas sei que é importante para mim e para outras pessoas. [Entrevistado 6]

Motivar o indivíduo que recebe alta no tratamento para frequentar um grupo de apoio é de suma importância. Estatisticamente o maior percentual de recaídas ocorre nos primeiros meses da alta terapêutica, em especial no primeiro mês.

O ideal seria ter um efetivo programa de “*aftercare*” (cuidado pós-alta), onde o indivíduo que deixa a CT é acompanhado por um período x de tempo, que corresponderia, ao período necessário para o mesmo conseguir uma efetiva reinserção social (emprego, ocupação, vínculo sólido de amigos, sobriedade).

De acordo com o Dr. Ronaldo Laranjeira, em entrevista (ver Apêndice B):

Acho que é um dos aspectos mais importantes do tratamento hoje é o que a gente chama do pós-tratamento, qualquer forma de tratamento, quer seja no próprio ambulatório, nas internações, ou mesmo nas CTs deveria existir alguma forma de pós-tratamento. Porque as recaídas são frequentes, a adaptação ao meio ambiente a sociedade onde a pessoa viveu é uma coisa muito complexa e que se precisa ter essa forma de pós-tratamento. Não que seja necessariamente a CT que faça isso, mas alguém, algum sistema deveria estar fazendo o sistema de pós-tratamento. Você pode juntar várias CTs e montar um sistema de pós-tratamento, o importante é que isso ocorra, porque senão você perde o investimento de tratamento a pessoa fica 6

meses 1 ano internada numa CT se ela não tem um amparo devido posterior a isso você tem chance de todo investimento ir por terra. Por isso a tendência hoje no tratamento é você realmente colocar, já incluir no sistema de tratamento, a forma de pós-tratamento.

Entretanto, na falta dessa “tutoria” (alguém - algum sistema - que se preocupando de fato com o *aftercare*), provisoriamente julga-se ser o grupo de auto-ajuda, o melhor intermediador do ex-residente nesse processo de reinserção social.

De acordo com Oziel Campos de Oliveira⁸²,

Nas Comunidades Terapêuticas o indivíduo é preparado e instruído para freqüentar um grupo de apoio, e de fato a maioria participa, mas somente e lamentavelmente nas primeiras semanas. Aí já se sentem auto-suficientes e não vêm mais. [...] O grupo de apoio é fundamental, eu diria que é uma oportunidade semanal para a pessoa “colocar os pés no chão”. Sim, grupo de apoio é um lugar para “colocar os pés no chão”. É certo de que a cada dia que passa, que o indivíduo não freqüentou o grupo de apoio, ele vai ficando mais “aéreo”, acha que está tudo bom, que pode resolver as coisas por si só, quando isso começa a acontecer tem que ter consciência que é importante “colocar os pés no chão novamente”. E o lugar para isso é no grupo de apoio. Cabe a cada encontro, reconhecer limites e firmar propósitos. Para exemplificar, e facilitar a compreensão, costumo comparar com as pessoas que freqüentam a igreja. Os freqüentadores esporádicos tentem a oscilar freqüentemente na fé, enquanto os que buscam reforço espiritual assiduamente tentem a não oscilar na fé, as verdades dificilmente são relativizadas, o compromisso e a fé firmadas são renovadas constantemente, e a certeza da fé, da esperança e do amor se tornam reais.

O conceito de grupo de auto-ajuda apontado como um lugar onde se “coloca os pés no chão” reforça a importância de um acompanhamento do indivíduo após sua alta terapêutica.

Um efetivo acompanhamento pós-alta tem sido um grande desafio para as CTs – a importância é inquestionável, todavia faltam recursos, tanto humanos, quanto financeiros. A Cruz Azul no Brasil, em contrapartida aos anseios das CTs, estuda uma parceria com as CTs filiadas a ela; a saber, uma “Central *Aftercare* da Cruz Azul no Brasil”

Antes de receber alta no tratamento, o residente passa a conhecer profundamente o projeto “Central *Aftercare*”, que consiste basicamente em acompanhar da melhor forma possível o indivíduo no pós-alta:

⁸² Oziel Campos de Oliveira é pastor da “Paróquia da Sobriedade”, projeto pioneiro da Igreja Evangélica de Confissão Luterana no Brasil – IECLB. É uma paróquia exclusivamente voltada para atender dependentes químicos e seus familiares. Atua junto à CT CERENE e também na direção de vários grupos de apoio. Oliveira participou da Mesa Redonda “Opções e Compulsões”, realizada no dia 5 de junho de 2004, no Templo Ecumênico da UFSC, sob coordenação do Psiquiatra Werner Zimmermann.

- a) Cada residente, receberá um Cartão de Identificação (semelhante a um cartão de crédito), onde constará: nome completo; data da alta terapêutica; um código de acesso; e o telefone da Central *Aftercare* (ideal seria um 0800);
- b) A Central *Aftercare* terá um avançado sistema de banco de dados, onde constarão todos os dados do ex-residente, assim como seu prontuário de tratamento, de tal forma que ao pesquisar pelo código e após verificação de alguns dados (para confirmação), se estabelece um diálogo de ajuda, como também a efetiva possibilidade de acrescentar novos dados referente à evolução ou eventual recaída do ex-residente;
- c) Para cada ex-residente procurar-se-á um “tutor”, alguém que periodicamente também relata o estado do indivíduo. Os tutores serão cadastrados igualmente no sistema de dados, e terão que comprovar experiência na área. (A própria Cruz Azul é responsável pela formação de Agentes em Substâncias Psicoativas, sujeitos estes perfeitamente aptos para a tutoria).
- d) Dessa forma ter-se-á precisos subsídios estatísticos da evolução dos ex-residentes, tais como: percentuais de recaída, principais motivos de recaída, percentuais de residentes que participam em grupos de auto-ajuda, freqüência da participação nesses grupos, dentre outros dados.

Julga-se que a estrutura administrativa da “Central *Aftercare* da Cruz Azul no Brasil” minimiza os custos, tendo em vista que a atuação física da Cruz Azul é muito mais ampla que das CTs; isto é, seria muito difícil, além de caro, ter um profissional em cada CT para trabalhar o *aftecare*.⁸³

⁸³ Conforme descrito na Introdução dessa Dissertação, essa temática do *aftercare* seria defendida ainda neste trabalho. Por se tratar de uma abordagem inédita, e pela falta da viabilidade momentânea de implementação da “Central *Aftercare* da Cruz Azul no Brasil”, essa parte ficou impossibilitada. Mas, o interesse pelo tema em específico é muito grande, e a própria Cruz Azul no Brasil estuda a possibilidade de contratação de uma equipe para implementação e coordenação do projeto.

De acordo com Hans Georg Fischer:

Essa idéia do *aftercare*, da forma como apresentada pelo Alexander Fischer, foi muito benquista junto à diretoria da Cruz Azul. Estamos estudando fortemente a viabilidade de implementação da proposta, e contatos com a parceria das CTs filiadas. Atualmente ninguém tem como precisar qual o percentual de ex-internos que recaíram, e particularmente acho que para se considerar alguém recuperado, se podemos assim dizer, é quando ele está no mínimo cinco anos sem beber. Nós sabemos de muitos que conseguiram, mas lamentavelmente perdemos o contato com a maioria. [...] Temos que fazer tudo o que está ao nosso alcance para continuar acompanhando os nossos internos. Vocês não imaginam como muitos tratamentos de seis meses se perdem no primeiro mês, quero dizer, muitos internos por falta de um acompanhamento básico, alguém para chegar junto, recaem já no primeiro mês. Os primeiros meses são fundamentais, a pessoa tem que ser motivada. [...] Também precisamos de mais grupos de apoio atuantes e principalmente interessantes para que os ex-internos queiram fazer parte.

O que vêm a confirma o pensamento de George De Leon, quando discursa sobre o tema num trecho de sua entrevista⁸⁴:

se nós formos reduzir o tempo do tratamento residencial, existirá um limite do quanto pode ser feito. Mas então, nós teremos que decidir qual a forma de acompanhamento pós-alta (*aftercare*) nós iremos pagar. Introduzir. Então se eu reduzo a fase primária do tratamento residencial, eu devo, então, ser capaz de dizer: “ok, retire ele da fase residencial”, mas ele deve continuar no processo de mudança de caráter e estilo de vida, e sustentar os ganhos que eles obtiveram na CT residencial. O caminho para realizar isso, obviamente, é um delicado programa de acompanhamento pós-alta, que não é necessariamente residencial, mas que, esse programa de *aftercare* endereça os problemas que o cliente precisa endereçar, como método para sustentar sua recuperação. Portanto, *aftercare* se torna um componente mais essencial quando você considera encurtar a planejada duração do Tratamento Residencial. Nós sabemos atualmente, que de todos os estudos realizados em tratamentos de dependentes de substâncias, (especificamente quando você está lidando com qualquer tipo de dependente abusivo de substância - e um adolescente dependente), que *aftercare* (pós-cuidado) é absolutamente essencial. Nós agora estamos cientes do fato, que se você reduz o tratamento residencial, ele agora se torna um componente indispensável. Você deve ter o *aftercare* para poder continuar o trabalho que foi realizado no início do tratamento.

Ao trabalhar intensivamente a etapa da continuidade (etapa 9), aliado e alicerçado na força de vontade e no compromisso do ex-residente, julga-se que a maturidade da última e decisiva etapa, a etapa da mudança de identidade e integridade, carece de um acompanhamento. Alguns ex-residentes têm o privilégio de ainda contar com o apoio da família, esposa, empregador; mas já são muitos os que não contam mais com ninguém, digamos que os mesmos precisam reconquistar “Deus e o mundo” – e como é salutar ter alguém disposto a ajudar.

⁸⁴ Para ler a entrevista na íntegra, ver apêndice A.

E as mudanças na vida acontecem naturalmente:

Olá eu sou outra pessoa. E isso não sou eu quem digo, mas meus familiares, meus amigos e principalmente a minha esposa. Não tem como comparar o E. [nome do entrevistado] antes e do E. [nome do entrevistado] agora. [Entrevistado 3]

A minha vida mudou espiritualmente, emocionalmente, financeiramente, eu sou respeitado agora na minha empresa. O dinheiro que eu tinha ia para a bebida, a minha casa antes não tinha sequer aparência de casa, os vidros todos quebrados, uma sujeira só, agora tenho meu cantinho, cuido dele, também comprei um carro, aquele busca “cor de vinho” lá fora. [...] Antes eu pedia para morrer, agora eu peço para viver. [Entrevistado 5]

A minha vida eu defino antes e depois do CERENE. A maioria das pessoas diria antes e depois do casamento [...] No CERENE eu mudei mesmo radicalmente a minha maneira de pensar e a minha maneira de agir. Eu conheci Deus lá. Não virei fanático, lembro muito de um missionário, o cara era pastor mas falava das coisas como nós falamos, um papo aberto, sincero. [Entrevistado 6]

A mudança gradual de identidade é notória, e colabora com a colocação de De Leon (CT10, 2003) “*antes era quem eu era*” e “*agora é quem eu sou*”. Como é salutar e importante participar desse processo.

Como nos alertou Canguilhem (1978), verificamos que ser doente é, de fato, uma forma diferente de viver. O dependente [...] diz que apesar de todos os desafios impostos pela sociedade [...] não é fácil manter-se em abstinência. Mas o presente mostra que essa forma diferente é uma constante em suas vidas, precisam aprender a manipular a vontade, buscando novos dispositivos, novas formas de vida, novas opções de lazer, novas amizades, novos locais de convívio, **enfim, um novo estilo de vida**. [gripo próprio] (JUNKES, 1997)

Conforme Marlatt e Gordon (1993, p. 14), ao recordar o antigo adágio atribuído a Maimôndes, “‘Dê a um homem um peixe e ele come um dia; ensine um homem a pescar e ele come por toda a vida’. Dar-lhe um peixe pode ser uma solução temporária para o problema, mas ensiná-lo a pescar é, claramente, a melhor solução a longo prazo”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar esta pesquisa julga-se necessário resgatar algumas informações que nortearam toda exposição do conteúdo esboçado nessa dissertação. Muito provavelmente o leitor, assim como o autor, terá mais perguntas do que respostas, no entanto, a certeza de que existe esperança alimenta o desejo de continuar estudando e sugerindo caminhos que possam efetivamente provocar “mudança de vida!”.

A pesquisa partiu da conceituação e contextualização de Comunidades Terapêuticas, uma modalidade de tratamento de dependentes em substâncias psicoativas sugerida principalmente para pacientes cujo grau de vulnerabilidade social é tido como severo, elevado.

Conforme exposto por George De Leon, em entrevista exclusiva (ver apêndice A), as CTs são, para muitas pessoas, a melhor oportunidade para sua recuperação, cujos problemas não são apenas o uso de substâncias psicoativas, mas sim o fato de nunca terem aprendido realmente como moldar suas vidas, como colocar objetivos nas suas vidas, e como encontrar estes objetivos. O autor reforça afirmando que a CT é particularmente uma entidade apropriada para o residente redefinir seu projeto de vida – como se fosse um investimento pessoal em “viver corretamente”, ser bem sucedido e sociável.

Em outras palavras, a CT é um programa profundamente dirigido para a pessoa e pela pessoa. Talvez aqui cabe uma das mais contundentes críticas ao “sistema CTs” atuante no Estado de Santa Catarina, conforme apontou a pesquisa da GEFUS, e nos demais estados brasileiros. São muitas as “pseudo-CTs”, isto é, que em seus Estatutos e Regimentos Internos, se auto-denominam CTs, mas estão completamente desvirtuadas e desfocadas.

São muitas as críticas de que certas CTs ao invés de dirigir seus esforços para os residentes e pelos residentes, têm interesses meramente mercantis. É inevitável, como Política Pública, que se regularize o quanto antes as CTs, e que as “pseudo-CTs” – em outras palavras, o joio - possa ser arrancado e substituído por sementes de trigo.

A pesquisa apontou que ainda existem muitos desafios, desde os normativos (Resoluções da ANVISA e demais órgãos fiscalizadores), passando pelos administrativos (carência de recursos de gestão de CTs), e culminando com a falta de capacitação técnica, tanto de agentes em SPAs como profissionais de nível superior com especialização em SPAs.

Num segundo momento a pesquisa trouxe um conjunto de dados e fatos sociais, econômicos, políticos e culturais que contextualizam o mega-problema da dependência em substâncias psicoativas, tanto no Brasil como no mundo.

As drogas ilícitas estão em todos os lugares, praticamente em todos os bairros brasileiros, já as lícitas até pouco tempo atrás estavam até mesmo nas nossas escolas. No mercado de trabalho, a insegurança e o medo de perder o emprego, são elementos constantes que assolam e desestruturam famílias inteiras, ainda mais quando o(s) responsável(is) pela renda familiar sucumbe(m) apegado(s) ao vício. A facilidade de encontrar drogas, tanto lícitas como ilícitas, é alarmante em todo território nacional, como consequência direta percebe-se que ano após ano, a média do primeiro contato com as SPAs é menor. E os efeitos em curto prazo são vivenciados diuturnamente através das mais fortes cenas de agressão e violência, que ironicamente vendem matérias de jornal.

Frente a esse emaranhado de dados, cabem medidas e ações políticas mais claras e urgentes. Partindo de uma citação de Arendt (apud BORCHARDT, 2003, p. 3) “Somente onde houver razão para suspeitar que as condições poderiam ser mudadas e não o são é que surgirá o ódio”, julga-se fundamental acelerar os debates sobre o tema. Em algumas regiões as ações pela redução da demanda de SPAs assim como pelo combate da oferta de drogas são

praticamente nulas. Interesses corporativistas, *lobbys*, e principalmente “foco desvirtuado”, cuja concentração de ações está voltadas para o “capital” em detrimento dos “cidadãos”, tornam ameaçador o cenário das SPAs no Brasil.

Já o capítulo das dez etapas de recuperação resgata o elemento *hope* (esperança). Ao descrever as dez etapas, aponta, etapa por etapa, a trajetória da recuperação de um indivíduo antes adicto (escravo) da droga e agora re-estabelecido, com nova identidade e integridade.

Cada etapa com suas particularidades e desafios próprios, e os esforços empreendidos tanto pelo indivíduo dependente como dos familiares e terapeutas na busca pela superação de cada uma das etapas é contagiante.

Os depoimentos enriquecem e contextualizam o capítulo mostrando algumas batalhas travadas neste árduo processo de recuperação, muitas vezes acompanhadas de *relapses* (relapsos – recaídas). Fica reforçada a idéia da singularidade de cada indivíduo, uns demoram mais numa etapa, outros noutra. Mas a persistência de um conjunto de indivíduos, e a esperança destes na recuperação de fulano e beltrano, se tornam nas mais belas histórias de vitória. Onde lágrimas foram derramadas agora existe pranto de alegria.

No que tange a Entidade CERENE, pautado nas definições teóricas e conceituais abordadas neste estudo, verifica-se a adequação da mesma frente aos novos conceitos de Comunidade Terapêutica, ao preencher exemplarmente os quesitos estruturais e de recursos humanos (ver anexo B), e, em especial, incorporar o principal elemento da CT, a saber: “é um programa profundamente dirigido para a pessoa e pela pessoa”. (DE LEON – ver Apêndice A) O desafio diuturno do CERENE é motivar o residente não somente a deixar as SPAs, mas a (re)aprender a viver.

No entanto ainda são muitos os desafios. A cada dia muitas vidas se perdem, desfalecem no mundo hostil das drogas. Muitas famílias são dilaceradas cotidianamente em virtude da droga ou por conseqüência dela. Concluí-se que uma forte dose de boa vontade

associada a efetiva capacitação técnica de pessoas comprometidas com a dependência em substâncias psicoativas é central para realizar mudanças no cenário atual.

A pesquisa, confrontada em especial com os estudo de Foucault (1999) sobre o sistema prisional, entende que ao contrário das prisões, que tendem a deturpar o indivíduo ao invés de reabilitá-lo, as autênticas CTs, assim como os grupos de auto-ajuda, são espaços de “dádiva” e “estado nascente”, onde ocorrem transformações incontestáveis de integridade e identidade. (MAUS, 1999; ALBERONI, 1991)

O estudo também partiu de uma abordagem sociológica e política aplicada, colaborando com o pensamento Durkheimiano, quando citado por Marcel Mauss (2001, p.79): “Durkheim dizia que ela [o estudo da sociologia] não mereceria ‘uma hora de sofrimento’ se não tivesse utilidade prática.” e complementa com suas palavras “Portanto, pensando na aplicação da sociologia, permanecemos fiéis à tradição.” (ibid, ibidem).

Finalmente convém destacar a importância e relevância do *aftercare* (cuidado pós-alta), talvez o maior desafio terapêutico no Brasil. Faz-se necessário um esforço conjunto de todos os segmentos que atuam no tratamento de DSPAs (grupos de auto-ajuda, clínicas, CTs, hospitais ambulatoriais) visando uma rede de proteção e amparo ao indivíduo que busca a alternativa de viver sem drogas.

Esta pesquisa não procurou ter um caráter conclusivo, ao invés disso, incumbiu-se da missão de difundir e irradiar conhecimento. Recomenda-se fortemente que novos estudos sejam feitos, e de forma primordial que a fé, a esperança e principalmente o amor pelas pessoas seja o centro das realizações.

REFERÊNCIAS

ABREU, Cristiano Nabuco de; ROSO, Miréia e Cols. **Psicoterapias cognitiva e construtivista**: novas fronteiras da prática clínica. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ALBERONI, Francesco: **Gênese**: como se criam os mitos, os valores e as intuições da civilização ocidental. Rio de Janeiro: Rocco, 1991. pp. 36-55.

ANNAN, Kofi. Mensaje del Secretario-General Kofi Annan en ocasión del Día internacional contra el abuso y el tráfico ilícito de las drogas - El 26 de junio del 2004 “Las drogas: el tratamiento funciona”. **Site da RIPRIED** – Red Interamericana para lá Prevención de las Drogas. Disponível em: < <http://www.ripred.org/dpna/noticias/6-23-04.htm>>. Acesso em: 23 jun. 2004.

ARAÚJO, Marcelo Ribeiro de. Comunidades terapêuticas: um ambiente tratamento comum, mas pouco estudado no Brasil. 15. ago. 2003. **SBIBHAE**: artigo da semana. Disponível em: <http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/as_137.htm>. Acesso em: 17. maio de 2004.

BACKUS, William; CHAPIAN, Marie. **Fale a verdade consigo mesmo**. Tradução de Myrian Talitha Lins. Belo Horizonte: Betânia, 1989.

BAUMER, Carla Maria Wojcikiewicz Caldas. **Fatores de risco do trabalho associados ao histórico de dependência ou abuso de substâncias psicoativas**. Florianópolis, 2004. 124 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.

BAZERMAN, Max H. **Processo decisório**: para cursos de administração e economia. Tradução de Arlete Simille Marques. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTROM, T. **Epidemiologia básica**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1994.

BOEIRA, Sérgio Luís. **Atrás da cortina de fumaça**: tabaco, tabagismo e meio ambiente – estratégias da indústria e dilemas da crítica. Itajaí: Editora UNIVALI, 2003.

BORCHARDT, Ilmar. Diagnóstico da exclusão social em Santa Catarina: mapa da fome. Florianópolis: Instituto CEPA/SC, 2003.

BUARQUE, Cristovam; CASTRO, Vanessa; AGUIAR, Marcelo. Um pouco da história do Bolsa-Escola. **Serviço Social & Sociedade**. São Paulo: Cortez, n. 66, v.22, p.127-144, jul. 2001.

CAULKINS, Jonathan; PACULA, Rosalie. Estimating the Effects of Drug Prevention Programs (Follow-Up Study). **RAND dprc**. Research Projects: modeling and forecasting. Disponível em: <<http://www.rand.org/multi/dprc/projects/model.html>>. Acesso em: 03. maio 2004.

COLA de sapateiro... descole essa idéia! **Site do Ministério Público do Estado do Acre**. [200_?]. Disponível em: <<http://www.ac.gov.br/mp/coladesapateiro/>>. Acesso em: 29. abr. 2004.

CT10: etapas de recuperação. Palestra de George De Leon. Produção de TV MED – Instituto de Vídeo e Com. Ltda. São Paulo: [s.n., 2003] fita de vídeo (120 min), VHS, son., color.

DANTAS, Iuri. Brasileiro considera fácil o acesso as drogas. **Folha Online Cotidiano**. 5 set. 2002. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/cotidiano/ult95u58400.shtml>>. Acesso em: 29 abr. 2004.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. Tradução de Adail Sobral, Cecília Bartalotti e Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DE MASI, Domenico. **O futuro do trabalho**: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olímpico, 1999.

_____. **A economia do ócio**. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

DIANNI, Cláudia. Cresce pessimismo com desemprego. **Folha Online Trabalho**. 2 abr. 2004. Disponível em: <<http://www1.folha.uol.com.br/folha/dimenstein/noticias/gd020404e.htm>>. Acesso em: 1 maio 2004.

DSM-IV. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Tradução de Dayse Batista. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

EDWARDS, Griffith; MARSHALL, E. Janes.; COOK, Christopher. C. H. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais da saúde. 3. ed. Porto Alegre: ARTMED; 1999.

EXIGÊNCIAS mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas. Brasília: SENAD, ANVISA, 2002.

FISCHER, Alexander. **Absenteísmo por motivo de doença:** o caso da Netzsch/Selb na Alemanha. 1999. 82 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Estágio em Ciências da Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

FORMENTI, Lígia. O álcool é a porta de entrada, dizem especialistas. **Jornal o Estado de São Paulo.** [200?]. Disponível em: <<http://www.alcoolismo.com.br/porta.html>>. Acesso em: 05. jun. 2004.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 15. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2000.

FRACASSO, Laura. Características da comunidade terapêutica. In: SERRAT, Saul Monte (Org.). **Drogas e álcool:** prevenção e tratamento. Campinas: Editora Komedi, 2001. p. 272–289.

GALDURÓZ, José. Carlos. F et al. **IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras, 1997.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

GIKOVATE, Flávio. **Drogas:** opção de perdedor. São Paulo: Moderna, 1992.

HILDEBRANDT, Mário. **Pesquisa do perfil social, econômico e familiar dos dependentes químicos e os principais motivos que os levaram ao uso de drogas.** Blumenau: CERENE, 2003.

_____. **A reinserção social do dependente químico após o tratamento em comunidades terapêuticas:** o caso do CERENE de Blumenau/SC. 2004. 111 f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso em Serviço Social) – Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

JUNKES, Lúcia Goreti Gobatto. **Ser alcoólatra:** representações sobre a dependência do álcool. 1997. 141 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia Política) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

KLEIN, Hans. **Alcoolismo:** lidando com o problema na família. Tradução de Lindolfo Weingaertner. São Bento do Sul: Editora União Cristã, 1998.

KLEMENT, Heinz. **Das Blaue Kreuz in Deutschland**: Mosaiksteine aus über 100 Jahre evangelischer Suchtkrankenhilfe. Wuppertal: Blaukreuz Verlag, 1990.

LARANJEIRA, Ronaldo Ramos. Legalização de Drogas no Brasil: e busca da racionalidade perdida. **Boletim da ABEAD**, São Paulo: mar., 1995, p.1-3.

_____. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. Brasil: v.45, n.4, p.191-199, 1996.

_____. Participei há duas semanas de uma reunião da Organização Mundial de Saúde... **Salus – Saúde e Salvação**: notícias. Disponível em: <<http://www.salus.psc.br/caroscolegas.htm>>. Acesso em: 03. maio 2004.

LARANJEIRA, R. R., PINSKY, I. Beber e dirigir na estrada. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 1996. p.A-2.

LEITE, Marcos da Costa. **Aspectos básicos do tratamento da síndrome de dependência de substâncias psicoativas**. 4. ed. reimp. Ver. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003.

LICHTAROWICZ, Ania. Fumantes morrem dez anos mais cedo, diz estudo. 22. jun. 2004. **Terra Online** – notícias, ciências e meio ambiente, saúde. Disponível em: <<http://noticias.terra.com.br/ciencia/interna/0,,OI329616-EI298,00.html>>. Acesso em: 22. jun. 2004.

LOURENÇO, Rozinez Aparecida. Aspectos psicológicos da dependência química. In: SERRAT, Saul Monte (Org.). **Drogas e álcool**: prevenção e tratamento. Campinas: Editora Komedi, 2001. p. 136 – 147.

MAIEROVITCH, Walter. Tragadas globais e o bode da vez. **Terra Opinião**. Terça, 20 de abril de 2004, 19h07. Disponível em: <<http://tv.terra.com.br/jornaldoterra/interna/0,,OI40051-EI856,00.html>>. Acesso em: 05. maio de 2004.

MARLATT, G. Alan; GORDON, Judith R. **Prevenção de recaída**: estratégia de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos. Tradução de Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1993.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de Marketing 1**: metodologia e planejamento. 5. ed. São Paulo, 1999. v. 1.

MAUSS, Marcel. Ensaio sobre a dádiva, forma e razão da troca nas sociedades arcaicas. In: _____. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Edusp, 1974. v. 2.

_____. **Ensaio de sociologia**. 2. ed. 1. reimp. Tradução de Luiz João Gaio. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

MEYER, Marine. Guia prático para programas de prevenção de drogas. **SBIBHAE**: álcool e drogas sem distorções – escola. Disponível em: <http://200.152.193.254/novosite/orientacoes_escola.htm>. Acesso em: 04. maio 2004.

MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução de Andréa Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: ARTMED, 2001.

MIRANDA FILHO, Hamilton Raposo de. Alcoolismo: repercussões médicas sociais e legais – tendência criminal. In.: PALHANO, Ruy (Org.). **Alcoolismo, tabagismo e abuso de drogas**: implicações médicas e psicossociais. São Luís: 2002, p.375–389.

MORAIS, João Francisco Regis de. Drogadição: um mega-problema atual. In: SERRAT, Saul Monte (Org.). **Drogas e álcool**: prevenção e tratamento. Campinas: Editora Komedi, 2001. p. 17 – 27.

MOTA, Leonardo de Araújo. **A dádiva da sobriedade**: a ajuda mútua nos grupos de alcoólicos anônimos. São Paulo: Paulus, 2004.

MUÑOZ, Francisco Sánchez; CUEVA, Javier Guzmán. La calidad em las comunidades terapêuticas. In: CONGRESO DE LA FEDERACIÓN MUNDIAL DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS, 22., 2004. Malorca, **Libro de Abstracts...** Aravaca: Asociación Proyecto Hombre, 2004, p. 72.

OBID. O alcoolismo crônico não deve dar ensejo à demissão por justa causa. Brasília, ano 3, n. 6, jun. 2004. **Boletim Informativo do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**, Encarte jurídico. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?IdPJ=2571&IdEC=3422>>. Acesso em: 15. abr. 2004.

PACULA, Rosalie. Economic Costs of Marijuana Use. **RAND dprc**. Research Projects: modeling and forecasting. Disponível em: <<http://www.rand.org/multi/dprc/projects/model.html>>. Acesso em: 03. maio 2004.

PAIAD. Programa de Atendimento Integral ao Alcoolista e Outros Dependentes Químicos. **UFPB**. Disponível em: <<http://www.srh.ufpb.br/dsa/paiad/>>. Acesso em: 28. abr. 2004.

PARREIRAS, Guilherme Cardoso; GONÇALVEZ, Ryan Jefferson Villar. Abuso de drogas na adolescência. **Faculdade de Medicina da UFMG Online**: saúde para todos – crianças. [200?]. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/spt/saped/abuso_drogas_adolesc.htm>. Acesso em: 05 maio 2004.

PECHANSKY, Flávio; SZOBOT, Cláudia Maciel; SCIVOLETTO, Sandra. Uso de álcool entre adolescentes. 2004. **Movimento Propaganda Sem Bebida** – artigos. Disponível em: <<http://www.propagandasembebida.org.br/artigos/integra.php?id=8>>. Acesso em: 28 jun. 2004.

PINSKY, I., LARANJEIRA, R. R. O fenômeno do dirigir alcoolizado no Brasil e no mundo: Revisão da literatura. **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Brasil: v.20, n.4, p.160-165, 1998.

POR que é difícil dizer não as drogas: quem usa drogas pela primeira vez não vê os amigos se acabando nas sarjetas e não acredita que vai ser um viciado. **Veja Online**: Edição Especial Jovens – comportamento. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/especiais/jovens_2003/p_034.html>. Acesso em: 05. maio. 2004.

PORTO, Marco Antonio Teixeira; MOREIRA, Marcos Fernandes da Silva. Medicina Moderna - a crise do sujeito singular ou Rudolf Virchow e os seis conceitos para definição do indivíduo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 5: 66, 2000. Disponível em: <<http://www.uff.br/nesh/publica/indvir.htm>>. Acesso em: 29 jun. 2004.

REUTERS. Irlanda adota na segunda-feira lei pioneira na UE contra o fumo. **ADESF Online**: notícias. Disponível em: <<http://www.adesf.com.br/noticia19.htm>>. Acesso em: 04. maio 2004.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

RYDELL, Peter. Estimating the Cost-Effectiveness of Cocaine Control Programs. **RAND dprc**. Research Projects: treatment. Disponível em: <<http://www.rand.org/multi/dprc/projects/treat.html#quality>>. Acesso em: 03. maio 2004.

SAIDEMBERG, Silvio. Alcoolismo. In: SERRAT, Saul Monte (Org.). **Drogas e álcool**: prevenção e tratamento. Campinas: Editora Komedi, 2001. p. 105-135. [68,

SAINT-EXUPÉRY, Antoine de. **Le petit prince**, collection Folio, Évreux: éditions Gallimard, 2001.

SAUNDERS, Bill; WILKINSON, Celia; ALLSOP, Steve. A intervenção motivacional com usuários de heroína em uma clínica de metadona. In: MILLER, William R.; ROLLNICK, Stephen. **Entrevista motivacional**: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Tradução de Andréa Caleffi e Cláudia Dornelles. Porto Alegre: ARTMED, 2001. p. 241–251.

SCHEINBERG, Gabriela. Alcoolismo afeta 15% da população brasileira. **Jornal o Estado de S. Paulo**. Disponível em: <<http://www.alcoolismo.com.br/numeros.html>> Acesso em: 07 maio 2004.

SECCHI, Leonardo. **Alternativas de combate ao desemprego brasileiro**: perspectivas partidárias comparadas. 2002. 126 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SENAD - Secretaria Nacional Antidrogas. **Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas**, 27 a 29 de nov. 1998. Brasília: SENAD, 1999.

SENAD. **Maconha**: informações para os adolescentes. 4. ed. reimp. rev. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003. (Série Diálogo; Nº. 5).

SILVEIRA, Dartiu Xavier da; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier da. **Um guia para a família**. 4. ed. reimp. rev. Brasília: Presidência da República, Gabinete de Segurança Institucional, Secretaria Nacional Antidrogas, 2003. (Série Diálogo; Nº. 1).

SOUZA, Sérgio Jeremias de. **Se... a pessoa que você ama bebe demais**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2000.

TEIXEIRA, Alexandre. A indústria do fumo não tem futuro: o advogado que conseguiu a maior vitória contra fabricantes de cigarro no Brasil promete indenizações bilionárias para fumantes e ex-fumantes de todo o País. Entrevistando: Luís Mônaco. **IstoÉ Dinheiro Online**: entrevista. Disponível em: <<http://www.terra.com.br/istoedinheiro/338/entrevista/index.htm>>. Acesso em: 04. maio de 2004.

TIBA, Içami. **Anjos Caídos**: como prevenir e eliminar as drogas da vida dos adolescentes. ed. rev. atual. São Paulo: Gente, 2003.

TOURNIER, Paul. **Culpa e graça**. São Paulo: ABU, 1985.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARELLA, Dráuzio. Questão de bom senso. **ADESF Online**: artigos. [200?] Disponível em: <<http://www.adesf.com.br/artigo06.htm>> . Acesso em: 04. maio 2004.

VITÓRIA, Paulo. Toxicodependência e trabalho. Disponível em: <<http://home.dbio.uevora.pt/~oliveira/Dope/CML.htm>>. Acesso em: 01. maio 2004.

WENZEL, Suzanne; ORLANDO, Maria. Quality of Care in the Therapeutic Community. **RAND dprc**. Research Projects: treatment. [200?]. Disponível em: <<http://www.rand.org/multi/dprc/projects/treat.html#quality>>. Acesso em: 03. maio 2004.

WILSON, William Griffith. **Alcoholics Anonymous comes of age**: a brief history of AA. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1957.

ANEXOS

ANEXO A – Resolução: RDC ANVISA 101/01

ANEXO B – Instrumentos 1, 2A e 2B de pesquisa da GEFUS

ANEXO C – Comunidades terapêuticas segundo a WFTC

What is a Therapeutic Community?

The therapeutic community is a drug-free self help program whose primary goals are the cessation of substance abuse behaviors and the fostering of personal growth. The TC model incorporates nine essential elements. These elements are based on the social learning theory that utilizes the community to foster behavioral and attitudinal change. The elements are: active participation, membership feedback, role modeling, collective formats for guiding individual change, shared norms and values, structure and systems, open communication, individual and group relationships and a unique terminology.

The TC includes both professional and para-professional staff. Graduates of the TC program who have completed classroom and internship training in counseling are an essential part of the program's effectiveness, as is the inclusion of professionals from the fields of medicine, mental health, education, and law.

Community activities help members explore and learn about themselves in the following five distinct yet overlapping areas of personal development: behavior management, emotional/psychological, intellectual and spiritual, vocation/education and survival skills. The TC believes that people can change and that learning occurs through challenge and action, understanding and sharing common human experiences. Treatment in the TC begins with entry into the community. Here the member learns the values and norms of the community, which are a reflection of those held by society. In the middle phase of treatment, members explore individual histories and experiences, practice new behaviors and begin to gain increased self-esteem and knowledge of themselves. As new attitudes and behaviors are developed so too are individual goals and possibilities for the future, including vocational and educational training. The next phase of treatment involves the important task of re-entry into the larger community. New ways of relating to others are practiced and members gain valuable experience in working or going to school outside the TC while receiving support from the community. Ultimately, the member will be ready to live independently and continue to gain support from an aftercare program.

The TC model is adaptable to different client populations and settings. Adolescent programs include a full educational curriculum and greater family involvement. The model can be adapted to an outpatient setting, long or shorter-term treatment and include specialized groups such as those involving medical regimes or other lifestyle changes. The TC engages the whole person in the recovery process and challenges the individual to have a full, positive life with healthy supportive relationships and satisfying work.

Fonte: <http://www.wftc.org/mission.html>

ANEXO D– Mensagem de Kofi Annan

Mensaje del Secretario-General Kofi Annan en ocasión del DÍA INTERNACIONAL CONTRA EL ABUSO Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE LAS DROGAS El 26 de junio del 2004



“Las drogas: el tratamiento funciona” Una de las ideas equivocadas más peligrosas acerca del abuso de las drogas es considerarlo como si fuera una condición permanente. En realidad, el tratamiento puede funcionar y sí puede restaurar el valor y la dignidad a la vida de la persona afectada. El tema del “DÍA INTERNACIONAL CONTRA EL ABUSO Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE LAS DROGAS” del año en curso es “Las drogas: el tratamiento funciona”, que tiene la intención de corregir este malentendido y transmitir los datos reales acerca del tratamiento del abuso de las drogas, que se basan en los últimos y más fiables pruebas e investigaciones.



Millones de personas a través del mundo han sido afectadas en forma directa por el problema de las drogas, tanto los dependientes como sus familias. Sus vidas han sido alteradas, su salud ha sido socavada, su educación ha sido interrumpida, han perdido sus empleos y sus familias han sido destruidas. Es imprescindible que las personas con problemas relacionados con drogas, sus familias y amigos sepan que existe una salida, y que esté a su alcance varias clases de ayuda eficaz, de acuerdo a las necesidades particulares de cada individuo y la situación que está experimentando. Hoy en día tenemos una mayor comprensión de los mecanismos relacionados con la dependencia, siendo ella un desorden crónico y, a veces, sujeto a recaídas. Además, sabemos que hay intervenciones eficaces de tratamiento para el abuso de drogas que sirven para ayudar a las comunidades a reducir el crimen y los riesgos de la transmisión de las enfermedades infecciosas por vía sanguínea, especialmente la de VIH/SIDA, y les sirve para gozar de sus beneficios, principalmente: individuos y familias mejor integradas y más productivos.

Los que forman las políticas tienen que tener presente el hecho de que el tratamiento es una forma económica de abordar no sólo las consecuencias sociales y para la salud, pero también para una reducción en los costos asociados con los cuidados médicos, el bienestar social y las intervenciones de justicia relacionadas con el crimen. La Oficina de las Naciones Unidas y el Crimen tiene una variedad de herramientas disponibles en el sitio www.unodc.org y proveen muchos datos acerca del tratamiento del abuso de drogas.

En este “DÍA INTERNACIONAL CONTRA EL ABUSO Y EL TRÁFICO ILÍCITO DE LAS DROGAS”, os pido examinar y tomar en cuenta esta evidencia contundente acerca del tratamiento del abuso las drogas y su eficacia. Al funcionar el tratamiento, beneficia a todos.

ANEXO E – Tipos de tratamentos para dependentes químicos

Os principais tipos de tratamento disponíveis para dependência química são: médico; psicológico; grupos de auto-ajuda (como "Alcoólicos Anônimos" e "Narcóticos Anônimos"); e comunidades terapêuticas. Alguns pacientes se beneficiam mais de um determinado modelo de tratamento do que outros. Não existe uma forma de tratamento que seja universalmente a melhor. Um mesmo indivíduo pode tentar diferentes caminhos até encontrar o mais eficaz para si. De qualquer forma, a capacitação técnica dos profissionais envolvidos é essencial para obter-se resultados positivos. Os tratamentos que têm se mostrado mais eficazes, na maior parte dos casos, são aqueles que utilizam abordagens multiprofissionais. Veja agora como é cada um deles:

Grupo de auto ajuda: Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) são grupos de ajuda mútua formados por voluntários. Homens e mulheres dependentes de drogas se reúnem para discutirem seus problemas, dificuldades e sucessos. Os AA e outros movimentos (NA inclusive) tratam o alcoolismo e outras dependências baseando-se no princípio dos 12 passos. Um dos princípios mais valorizados por estes grupos é o anonimato. O serviço é gratuito.

Médico: Geralmente o médico procurado pelas pessoas que sofrem de problemas com álcool e outras drogas é um psiquiatra. Você pode perguntar: Psiquiatra? Um dependente então é louco? A resposta é muito simples. Muitas vezes o dependente de drogas sofre também de doenças psiquiátricas como: depressão, transtorno de ansiedade (fobia e pânico, por exemplo), hiperatividade... O psiquiatra é então o médico mais indicado para tratar dessas doenças. Inclusive, o tratamento destas ajuda muito na recuperação do dependente. A atuação dele também é focada nas questões gerais de saúde. Solicita exames, prescreve medicações, trata dos sintomas (exemplo), encaminha para outras especialidade, acompanha o desenvolvimento, etc.

Psicológico: O psicólogo trabalha mais as questões relacionadas ao comportamento, às emoções, à motivação, aos relacionamentos sociais (trabalho, casamento, família, amigos) e em como cada um desses aspectos relaciona-se com o uso de substâncias. Ele tem um papel fundamental no sentido de auxiliar a pessoa a encontrar alternativas para lidar com a vida sem drogas. Cabe também a esta especialidade a terapia familiar, geralmente conduzida por outro profissional da equipe que não aquele que atua diretamente com o paciente.

Orientação e Terapia familiar: Este tipo de intervenção muitas vezes é indispensável. Ela ajuda os familiares a reavaliarem sua postura frente a pessoa dependente química. Além disso, é uma forma dos familiares receberem apoio e amparo. Internação em Pronto Socorro: Está é recomendada nos momentos de intoxicação, agressividade e na síndrome de abstinência. Essa internação é em geral de no máximo 24 horas, podendo ser prolongada caso seja avaliada a necessidade de internação para tratamento dos sintomas da síndrome de abstinência, da dependência ou de outras doenças relacionadas.

Internação em Hospital: Muitas pessoas (pacientes, familiares e mesmo profissionais de saúde) acreditam que a internação é o melhor ou o único tratamento, e que o paciente estará curado ao receber alta. Isso não é verdade. A internação é apenas uma parte do tratamento que pode até não ser necessária. Basicamente, os resultados de uma internação são a melhoria das condições gerais de saúde do paciente (alimentação, sono, etc.), a desintoxicação com supervisão médica, e a aplicação de medicamentos para alívio dos sintomas da síndrome de abstinência. Desintoxicar significa eliminar a droga do organismo e não remover a dependência. A internação é uma opção bastante adequada nas seguintes circunstâncias: a) quando existe o risco da suspensão do uso da substância gerar uma síndrome de abstinência grave; b) quando a pessoa deseja ser internada; c) quando o uso de substâncias está associado a sintomas psiquiátricos, tais como psicoses, agitações intensas, comportamentos agressivos ou risco de suicídio.

Tratamento Ambulatorial: Neste a pessoa fica em casa, medicado para alívio e controle dos sintomas de abstinência (quando necessário), mantém suas atividades, e faz visitas frequentes a um ambulatório especializado para acompanhamento terapêutico, no qual ela tem consultas com o médico e com o psicólogo. A grande vantagem deste tipo de acompanhamento é que a pessoa continua em seu ambiente social, sem interromper suas atividades (sendo necessário um período de readaptação) e têm chances de experimentar e enfrentar as situações de risco e as "fissuras" no seu cotidiano.

Internação em Comunidade Terapêutica: Geralmente é um lugar (uma fazenda ou um sítio) onde as pessoas ficam internadas por vários meses (de três a nove). A recuperação baseia-se no trabalho, na religião e em grupos de auto-ajuda. O problema deste tipo de intervenção é similar ao da internação, a pessoa fica isolada de sua vida cotidiana e tem grandes chances de recair ao sair e enfrentar a realidade de sua vida.

O tratamento mais indicado surge após algumas conversas e tentativas, e envolve a participação do dependente, da família e da equipe de profissionais responsável.

Fonte: http://200.152.193.254/novosite/atualizacoes/ps_137.htm (22/07/03 - 04/05/04)

ANEXO F – Lei Nº 12.948

LEI Nº 12.948, de 11 de maio de 2004

Procedência – Dep. Narcizo Parisotto
Natureza – PL 473/03
DO. 17.392 de 11/05/04
Fonte – ALESC/Div. Documentação

Proíbe a venda e o consumo de bebidas alcoólicas no ambiente físico das escolas públicas e privadas, nos estabelecimentos de ensino dos cursos fundamental, médio, superior, técnico e profissionalizante do Estado de Santa Catarina.

O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA,

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembléia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica proibida a comercialização e o consumo de bebidas alcoólicas de qualquer graduação no ambiente físico das escolas públicas e privadas nos estabelecimentos de ensino dos cursos fundamental, médio, superior, técnico e profissionalizante do Estado de Santa Catarina.

Parágrafo único. Esta proibição abrange todas as atividades realizadas no ambiente físico das escolas, incluindo atividades extracurriculares.

Art. 2º Esta Lei será regulamentada pelo Poder Executivo, no prazo máximo de sessenta dias.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Revogam-se as disposições em contrário.

Florianópolis, 11 de maio de 2004

LUIZ HENRIQUE DA SILVEIRA
Governador do Estado

ANEXO G – Brasileiro é condenado à morte

Brasileiro é condenado à morte na Indonésia por tráfico

08/06/04 11:56



Foto: BEAWIHARTA/Reuters

TANGERANG, Indonésia (Reuters) - A Justiça da Indonésia condenou à pena de morte, na terça-feira, um brasileiro que tentou entrar no país com 13,4 quilos de cocaína escondidos na estrutura de um parapente.

Marco Archer Cardoso Moreira, praticante de asa-delta, foi descrito pelos meios de comunicação local como um especialista na modalidade. A droga foi descoberta no aeroporto internacional de Jacarta, localizado na cidade-satélite de Tangerang, em agosto passado.

Foi uma das maiores apreensões de cocaína ocorridas na Indonésia nos últimos tempos. "Ele é culpado de importar um tipo de narcótico, a cocaína, e a corte pune o réu com a pena de morte", afirmou o juiz Suprpto.

"O réu era parte de uma rede internacional de traficantes que ameaçava o país", disse o juiz, sem dar maiores detalhes.

Segundo Suprpto, Moreira confessou ter levado a droga do Peru para a Indonésia a fim de pagar por um tratamento hospitalar que levaria meses e do qual precisava por ter sofrido um acidente quando voava.

Moreira, 42, acenou de forma cortês para os juízes depois de ouvir o veredicto. O advogado dele prometeu apelar da condenação.

Suprpto repreendeu o brasileiro por escapar do aeroporto em agosto quando as autoridades alfandegárias o interrogaram a respeito do parapente (similar a um pára-quadras).

No momento em que as autoridades lhe pediram o passaporte, Moreira fugiu. Ele ficou foragido por duas semanas até a polícia prendê-lo na afastada ilha de Moyo, no leste do país.

Questionado por repórteres sobre como tinha conseguido escapar das autoridades no aeroporto, o brasileiro respondeu: "Sou David Copperfield" -- nome do famoso mágico norte-americano.

A Indonésia adota uma postura cada vez mais rigorosa a respeito do tráfico de drogas. A presidente do país, Megawati Sukarnoputri, e outros políticos têm defendido a pena capital para os traficantes -- os condenados são executados por fuzilamento.

Apesar dos discursos dos políticos, porém, o país executou na última década apenas um traficante, um malaio.

(Reportagem de Telly Nathalia)

APÊNDICES

APÊNDICE A – Entrevista com George De Leon

Entrevista gravada em miniDV (359Kb, 6:57 min) no dia 07 de setembro de 2003, em São Paulo/SP, no XV Congresso da ABEAD. Tradução do original feita por Danielle Weeks Fischer, Bianca Fischer e Alexander Fischer. Na Entrevista, George De Leon comenta a importância das Comunidades Terapêuticas e culmina com a necessidade de um efetivo programa de *aftercare*.

CT – COMUNIDADE TERAPÊUTICA

A Comunidade Terapêutica é um programa comprovado para o tratamento de abuso de substâncias, em particular, mas, mais do que isso, mudando vidas desordenadas, sendo que assim a Comunidade Terapêutica é normalmente vista como o programa que, é apropriado para dependentes seriamente desorientados que precisam mudar as suas vidas ou criar uma vida. E, por causa da natureza da TC que usa a própria comunidade como professor e primeira cura, ele se estende essencialmente a um modelo de aprendizado social para o indivíduo aprender como, não apenas não usar drogas, mas como viver corretamente – é o que nós dizemos.

Quando nós pensamos na CT nestes termos, nós podemos começar a valorizar o quão importante o trabalho pode ser para uma grande quantidade de pessoas – ambos aqui no Brasil, e obviamente em qualquer lugar do mundo – onde os problemas não são apenas o uso das drogas, mas onde o problema é que eles não aprenderam realmente como moldar suas vidas, colocar objetivos nas suas vidas, e encontrar estes objetivos em suas vidas. Eu gosto de afirmar que a CT é particularmente apropriada para ajudar pessoas a estabelecer uma postura, um investimento pessoal em viver corretamente, e um investimento em ser bem sucedido e sociável. Portanto é um programa profundamente dirigido para a pessoa e pela pessoa, e obviamente quando você está fazendo isso – quando você tem um programa que é direcionado para ajudar a mudar o indivíduo como um todo – você não consegue fazer isso em três meses, ou quatro meses, ou seis meses. Isso leva tempo. E o que nós sabemos, portanto, é que – quando há tempo suficiente, e se a CT for implantada corretamente e devidamente – os benefícios para a sociedade são enormes.

Os estudos que foram realizados, que nós chamamos de custo do benefício de um tratamento, mostram que durante o início, esse tipo de tratamento seria caro para uma internamento à longo prazo ou um ano de residência ou similares, mas todos os estudos demonstram que os indivíduos que completam este período de tempo, verdadeiramente asseguram um tremendo benefício-custo para a sociedade. Para cada 1 dólar gastado em tratamento, você economiza 7 dólares. Redução na criminalidade, aumento de empregos e taxas, redução em acidentes e hospitalizações, e assim em diante. Portanto, na verdade, na “longa corrida”, é uma das formas mais econômicas de lidar com o problema.

Essa mensagem tem sido muito difícil de comunicar, porque a primeira vista o tratamento residencial à longo prazo aparenta ser caro. Percebe-se nesse programa, conforme algumas pesquisas começam a mostrar, é que a CT (CT residencial), é mais apropriada para clientes com maiores problemas [problemas mais severos]. E, num bem estruturado sistema de tratamento de drogas no Brasil, devem ser considerados os vários subgrupos de dependentes de substâncias que existem: aqueles que podem ser tratados ambulatorialmente,

aqueles que podem ser tratados em aconselhamento individualizado e então o vasto número de dependentes de substâncias que possuem problemas severos. E também com o agora número adicional de dependentes de substâncias que nem desenvolveram estilos de vida como um todo – na estrada ou em abrigos para andarilhos.

Portanto aqui, deve existir um lugar ou uma maneira de dar a estes indivíduos a oportunidade de mudar suas vidas. Eles nunca seriam capazes de realizar isso em um aconselhamento individualizado, nem através de simples medicação, eles necessitam de um novo aprendizado social onde possam aprender os valores e a habilidade - em termos de uma vida correta. E este é o verdadeiro propósito da Comunidade Terapêutica. Para cada caso existe um programa apropriado que deve atender os anseios daquele sub-grupo de indivíduos.

Num ponto, nós sabemos, agora, que por causa da pressão do capital e de alguns problemas ideológicos, existe uma tendência visando reduzir o tratamento residencial – fazê-lo mais curto. E, enquanto isso for compreensível pelo ponto de vista do custo, existe um limite de quão curto você pode fazer um tratamento, quando o tratamento é na verdade, tentar lidar com a transformação dos estilos de vida. Portanto aqui deve existir um programa racional para a concepção de um sistema de tratamento que inclua o tratamento residencial.

Logo, se nós formos reduzir o tempo do tratamento residencial, existirá um limite do quanto pode ser feito. Mas então, nós teremos que decidir qual a forma de acompanhamento pós-alta (*aftercare*) nós iremos pagar. Introduzir. Então se eu reduzo a fase primária do tratamento residencial, eu devo, então, ser capaz de dizer: “ok, retire ele da fase residencial”, mas ele deve continuar no processo de mudança de caráter e estilo de vida, e sustentar os ganhos que eles obtiveram na CT residencial.

O caminho para realizar isso, obviamente, é um delicado programa de acompanhamento pós-alta, que não é necessariamente residencial, mas que, esse programa de *aftercare* endereça os problemas que o cliente precisa endereçar, como método para sustentar sua recuperação. Portanto, *aftercare* se torna um componente mais essencial quando você considera encurtar a planejada duração do Tratamento Residencial.

Nós sabemos atualmente, que de todos os estudos realizados em tratamentos de dependentes de substâncias, (especificamente quando você está lidando com qualquer tipo de dependente abusivo de substância - e um adolescente dependente), que *aftercare* (pós-cuidado) é absolutamente essencial. Nós agora estamos cientes do fato, que se você reduz o tratamento residencial, ele agora se torna um componente indispensável. Você deve ter o *aftercare* para poder continuar o trabalho que foi realizado no início do tratamento.

APÊNDICE B – Entrevista com Ronaldo Laranjeira

Entrevista gravada em miniDV (3:45 min) no dia 07 de setembro de 2003, em São Paulo/SP, no XV Congresso da ABEAD. Transcrita por Alexander Fischer. Na Entrevista, Dr. Ronaldo Laranjeira comenta a importância das Comunidades Terapêuticas, assim como do acompanhamento pós-tratamento (*aftercare*).

[1:43 minutos – 8,89Mb]

Com relação as CTs qual a importância delas no Brasil?

R: Acho que a importância você pode dividir em duas formas, uma primeira como uma modalidade terapêutica de uma maneira geral, eu acho que é uma modalidade bastante importante, principalmente porque ela fornece um ambiente terapêutico. Uma comunidade terapêutica bem coordenada é aquela que vai ter uma boa relação profissional com o número de pacientes, e que vai ter um cuidado muito grande na parte do ambiente, para que o ambiente seja terapêutico, e vai ajudar quer os adolescentes ou os adultos nesse ambiente, quer dizer esse é o princípio das comunidades terapêuticas, o ambiente, controlado numa comunidade vai tentar sanar os problemas que a pessoa teve no seu desenvolvimento fora da comunidade, na sociedade como um todo. Aí quando ele aparelhar essa pessoa a voltar para a sociedade e não mais usar drogas e ter um desenvolvimento mais próximo do normal. Este é o princípio das CTs e releva a importância delas como uma das formas de tratamento importantes de uma maneira geral. No Brasil acho que ela está adquirindo um aspecto até mais importante devido ao grande número, cerca de 2000 CTs, então ela, acho, acaba estar fazendo no momento parte de um arsenal de serviços no país inteiro. Talvez em outros países que tem mais diversidade de tratamentos talvez a CTs teria um papel um pouco mais restrito. No Brasil devido talvez a carência de outras formas de tratamento, eu acho que a gente não consegue pensar a organização do serviço no Brasil sem incluir de alguma forma as CTs.

[2:02 minutos – 10,51Mb]

Qual a importância do pós-tratamento (*aftercare*)?

Acho que é um dos aspectos mais importantes do tratamento hoje é o que a gente chama do pós-tratamento, qualquer forma de tratamento, quer seja no próprio ambulatório, nas internações, ou mesmo nas CTs deveria existir alguma forma de pós-tratamento. Porque as recaídas são frequentes, a adaptação ao meio ambiente a sociedade onde a pessoa viveu é uma coisa muito complexa e que se precisa ter essa forma de pós-tratamento. Não que seja necessariamente a CT que faça isso, mas alguém, algum sistema deveria estar fazendo o sistema de pós-tratamento. Você pode juntar várias CTs e montar um sistema de pós-tratamento, o importante é que isso ocorra, porque senão você perde o investimento de tratamento a pessoa fica 6 meses 1 ano internada numa CT se ela não tem um amparo devido posterior a isso você tem chance de todo investimento ir por terra. Por isso a tendência hoje no tratamento é você realmente colocar, já incluir no sistema de tratamento, a forma de pós-tratamento.

Com relação a essa questão, existe algo em termos de periodicidade, a gente poderia dizer que seria interessante acompanhar ele [ex-residente] uma vez por semana após tratamento ou uma vez por mês, e daí cada vez... existe alguma coisa nesse sentido já?

Acho que aí vai depender muito da avaliação. Por isso é importante em qualquer parte do tratamento, em qualquer período do tratamento você fazer a avaliação necessária. Você não pode oferecer nem tratamento demais, nem tratamento de menos. Tem que saber qual é a dose de tratamento que você vai ter que incluir no seu paciente, então essa depende da experiência do profissional, de uma qualidade da sua fonte de avaliação. Tem pessoas que uma vez por mês tá suficiente, tem pessoas que vão precisar de mais tratamento regular, não só de tratamento psicossocial, mas também de tratamento psiquiátrico, então essa é a grande questão realmente, qual é realmente a dose que você vai dar do seu tratamento.